

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MÉLANIE ST-ONGE

ÉVALUATION DE L'IMPACT D'UNE INTERVENTION PRÉCOCE SUR

LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL D'ENFANTS PRÉSCOLAIRES

EN LIEN AVEC LES FACTEURS DE

RISQUE ET DE PROTECTION

MAI 2003

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Les études se consacrant aux facteurs de risque et de protection ont permis d'amasser des connaissances importantes. À présent, l'importance de cibler les enfants à risque ne se discute plus. La communauté scientifique a mis en lumière les effets néfastes d'une trop grande quantité de facteurs de risque et d'une trop faible quantité de facteurs de protection. En fait, les répercussions peuvent amener de sérieuses difficultés quant au développement cognitif, affectif, social, psychologique, etc. Une intervention précoce et préventive s'impose puisque la continuité des comportements à travers les générations et à travers le développement des enfants jusqu'à l'âge adulte est vraisemblable. En ce sens, la présente étude tentera d'évaluer, à l'aide de *l'Échelle de Développement de Harvey*, l'effet d'un programme d'intervention précoce sur le développement global d'enfants en lien avec les facteurs de risque, de protection et le sexe des sujets. Les hypothèses de recherche sont au nombre de quatre. La première hypothèse de recherche veut que le quotient développemental, ainsi que les quotients associés aux cinq secteurs, divergent selon les deux temps de mesure. La seconde hypothèse de recherche veut que le degré de risque ait un lien avec l'évolution du quotient développemental ainsi que les quotients sectoriels selon le temps de mesure. La troisième hypothèse veut que les sujets qui progressent sur le quotient développemental divergent de ceux qui régressent sur les variables suivantes : quotient développemental de départ et final, nombre total de facteurs de risque et de protection, quotients sectoriels de départ et finaux. Enfin, la quatrième hypothèse veut que les sujets de sexe masculin

divergent des sujets de sexe féminin sur les variables suivantes : quotient développemental de départ et final, évolution positive ou négative, nombre total de facteurs de risque et de protection, quotients sectoriels de départ et finaux. L'échantillon est composé de 27 enfants âgés entre 30 et 58 mois et leurs mères. L'*Échelle de Développement de Harvey* fut administrée aux enfants à deux reprises, soit au temps un et un an plus tard et les mères ont répondu au *Questionnaire d'Anamnèse* qui fournit les données socio-démographiques et les informations nécessaires quant à la présence ou l'absence de facteurs de risque ou de protection. Les résultats démontrent qu'il y a eu changement de façon positive dans le développement de ces enfants sur le plan langagier. De même, les résultats révèlent un effet d'interaction entre le degré de risque et le temps de mesure pour le quotient développemental et un effet principal du temps de mesure sur le secteur langage. De plus, plusieurs différences de moyennes selon le degré d'évolution et selon le sexe sont significatives. Des effets d'interaction entre le sexe et le temps de mesure pour le quotient développemental et pour le secteur langage ont, également, été décelés. Enfin, trois effets principaux du sexe furent trouvés pour les secteurs autonomie, graphique et connaissance ainsi qu'un effet principal du temps de mesure pour le secteur connaissance. Une analyse qualitative des données a posteriori a été effectuée afin de comprendre plus en profondeur les résultats statistiques. Ces résultats illustrent qu'il y a une forte variation quant au pourcentage de sujets qui s'améliorent et régressent au Harvey selon les facteurs de risque et de protection. Dans le même sens, une forte variation est également relevée quant au pourcentage de sujets qui progressent et régressent au Harvey selon leur groupe d'appartenance (établi selon

leur degré de risque). Tous ces résultats contribuent à accroître nos connaissances sur cette intervention précoce et sur l'influence des facteurs de risque, de protection et du sexe sur le développement global d'enfants d'âges préscolaires.

## Table des matières

Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	4
Origine de la psychologie et de la psychopathologie développementales.....	5
Développement normal et pathologique.....	7
Influence de l'environnement sur le développement de l'être humain.....	10
Facteurs de risque et de protection, vulnérabilité et résilience.....	13
Intervention et prévention.....	24
Question et hypothèses de recherche.....	29
Méthode.....	32
Ateliers Calijours.....	33
Sujets.....	35
Instruments de mesure.....	36
<i>Questionnaire d'anamnèse</i> .....	36
<i>Échelle de développement de Harvey</i> .....	37
Déroulement.....	38
Plan expérimental et analyses statistiques.....	39
Résultats.....	41
Transformations des données.....	42

<i>Facteurs de risque et de protection</i> .....	42
<i>Échelle de développement de Harvey</i> .....	43
Stratégies d'analyse.....	43
Présentation des résultats.....	44
<i>Facteurs de risque et de protection</i> .....	44
<i>Échelle de développement de Harvey</i> .....	51
<u>Distribution des sujets en fonction du degré de risque</u> .....	51
<u>Résultats obtenus en fonction du degré de risque</u> .....	53
<u>Distribution des sujets en fonction de l'évolution</u> .....	55
<u>Résultats obtenus en fonction de l'évolution</u> .....	56
<u>Distribution des sujets en fonction du sexe</u> .....	58
<u>Résultats obtenus en fonction du sexe</u> .....	58
<i>Analyse qualitative</i> .....	63
Discussion.....	69
Interprétation des résultats.....	70
<i>Première hypothèse</i> .....	70
<i>Deuxième hypothèse</i> .....	73
<i>Troisième hypothèse</i> .....	74
<i>Quatrième hypothèse</i> .....	75
<i>Analyse qualitative</i> .....	76
Conséquences, retombées et limites de la recherche.....	78

Conclusion.....	81
Références.....	84
Appendices.....	95
Appendice A : Tableau 2, Liste des facteurs de risque.....	96
Appendice B : Tableau 3, Liste des facteurs de protection.....	100



### Liste des tableaux

#### Tableau

1	Recherches comportant des facteurs de risque différents.....	16
2	Liste des facteurs de risque.....	Appendice A, 96
3	Liste des facteurs de protection.....	Appendice B, 100
4	Distribution des facteurs de risque.....	45
5	Distribution des facteurs de protection.....	46
6	Distribution de nombre de facteurs de risque.....	48
7	Distribution du nombre de facteurs de protection.....	50
8	Moyennes, écart-types et dispersions obtenus au Harvey selon le temps de mesure.....	52
9	Différences de moyennes aux deux temps de mesure au Harvey.....	52
10	Distribution des sujets selon leur degré de risque.....	53
11	Différence de moyennes selon l'évolution au Harvey.....	57
12	Différence de moyennes selon le sexe.....	59

## Liste des figures

### Figures

1	Ensemble des systèmes influant sur la vie d'une personne (Bronfenbrenner, 1977, 1979; Garbarino, 1990).....	11
2	Distribution des facteurs de risque.....	47
3	Distribution des facteurs de protection.....	47
4	Distribution du nombre de facteurs de risque.....	49
5	Distribution du nombre de facteurs de protection.....	50
6	Effet d'interaction significatif pour le secteur motricité selon le degré de risque.....	55
7	Effet d'interaction quasi-significatif pour le secteur langage selon le degré de risque.....	55
8	Effet d'interaction significatif pour le quotient développemental de départ selon le sexe des sujets.....	60
9	Effet d'interaction significatif pour le secteur langage selon le sexe des sujets.....	61
10	Effet principal du sexe pour le secteur autonomie.....	61
11	Effet principal du sexe sur le secteur graphique.....	62
12	Effets principaux du sexe et du temps sur le secteur connaissance.....	62
13	Pourcentage de sujets qui progressent et régressent au Harvey selon les facteurs de risque.....	64
14	Pourcentage de sujets qui progressent et régressent au Harvey selon les facteurs de protection.....	64
15	Nombre de sujets qui progressent ou régressent au Harvey selon le degré de risque.....	65
16	Corrélation entre le quotient développemental de départ et le degré d'évolution au Harvey.....	68

## Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma directrice de recherche Mme Colette Jourdan-Ionescu, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tout au long de mon travail, elle m'a épaulée, m'a supportée et encouragée, particulièrement lors des moments difficiles, et m'a transmis, à mon grand honneur, son savoir et sa passion pour la recherche et l'intervention auprès des enfants.

Je tiens, aussi, à remercier spécialement Tristan Milot pour le soutien technique qu'il m'a offert et Carol Kane pour sa constante implication dans mon cheminement scolaire.

Enfin, je tiens à remercier ma famille, mon conjoint, Michel Lavoie, et mes amis pour leur appui et leurs encouragements constants.

## Introduction

Cette étude s'insère dans le cadre d'une recherche réalisée par Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers & Couture entre septembre 1995 et novembre 1997. Le projet fut conçu suite à une demande d'évaluation de la clientèle participant à un programme de stimulation précoce (Ateliers Calijours) par le CLSC Drummond. Ce projet, nommé «Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'interaction précoce» (Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin, Desaulniers & Couture, 1998), a vu le jour, grâce, d'une part, à cette équipe de recherche et, d'autre part, aux intervenants du CLSC en question. L'objectif de cette étude était, bien sûr, de répondre à la demande du CLSC Drummond mais, aussi, de comprendre l'interaction des facteurs de risque et de protection chez les jeunes enfants dans l'optique d'« élaborer de nouveaux modèles de prévention » (Jourdan-Ionescu et al., 1998). De nombreuses variables ont été évaluées tant chez les parents que chez les enfants participants aux Ateliers Calijours. Pour les premiers, des questionnaires sur l'absence ou la présence de facteurs de risque et de protection, sur la perception du vécu familial, sur le niveau intellectuel et de stress parental, sur la qualité du réseau de soutien social du parent et de l'enfant, ainsi que sur les problèmes de comportement de l'enfant furent administrés. Pour les seconds, un unique questionnaire évaluant le développement global leur fut administré.

Parmi ces nombreuses variables, la présente étude tentera de faire la lumière sur l'impact de ce programme d'intervention précoce, après une année, sur le *développement global* d'enfants préscolaires en lien avec les facteurs de risque et de protection.

Le contenu de ce mémoire se divise en cinq parties. En premier lieu, le contexte théorique introduira et développera les notions de systèmes, de facteurs de risque et de protection et d'intervention, et ce, à partir d'une revue importante de la documentation. Ensuite, la méthode, nécessaire au parfait fondement de cette étude, sera exposée. En troisième lieu, une analyse des résultats obtenus sera présentée. Alors, une discussion sera avancée en lien avec l'hypothèse et la question de recherche. Finalement, la dernière partie, celle de la conclusion, éclaircira l'apport et les répercussions de cette étude.

## Contexte théorique

## Origine de la psychologie et de la psychopathologie développementales

Les sciences qui étudient le développement humain sont nombreuses. On y compte, entre autres, les sciences médicales, les sciences sociales et les sciences de l'éducation. Parmi les sciences sociales, la psychologie a sa propre sphère d'intérêt. L'origine grecque de son appellation, *psuchè* (âme) et *logos* (science), désigne la psychologie comme la science de l'âme (Tamisier, 1999). Suivant l'évolution de sa discipline, la définition de la psychologie a peu à peu changée. Actuellement, elle se définit comme la science du comportement ou de la conduite (Sillamy, 1998).

À l'intérieur de cette science qu'est la psychologie, il existe une branche, la psychologie développementale, qui examine les changements de comportements qui surviennent chez les individus à mesure qu'ils vieillissent. De par son intérêt unique, la psychologie développementale cherche à identifier, dans un premier temps, quels sont les comportements en transformation et, dans un second temps, à quels déterminants ces changements peuvent être attribués (Harré & Lamb, 1986).

Bien qu'elle soit apparue suite à la convergence de travaux de nombreux chercheurs, Shaffer (1996) attribue le titre de "fondateur" de la psychologie développementale à G. Stanley Hall. En 1891, ce psychologue américain, instaura un projet à l'Université Clark afin de collecter des données sur les enfants et les adolescents à l'aide d'un nouvel outil : le questionnaire, aujourd'hui largement utilisé en



psychologie. Il a, également, publié, en 1904, deux énormes volumes d'influence intitulés *Adolescence* (White, 1992).

Outre Hall, plusieurs théoriciens, chercheurs et cliniciens se sont intéressés à la psychologie développementale. Ils ont, d'ailleurs, considérablement élargi nos connaissances sur le développement des enfants et des adolescents. On peut citer par exemple : Arnold Gesell et les normes pour le développement mental des enfants, Sigmund Freud et les stades libidinaux, Anna Freud et l'observation directe, Mélanie Klein et l'utilisation du jeu en analyse, ainsi que la position dépressive, René Spitz et la dépression anaclitique, ainsi que la notion de syndrome d'hospitalisme, John Bowlby et la notion d'attachement, Mary Salter Ainsworth et la situation étrangère, Jean Piaget et les stades du développement cognitif, Erik Erikson et les stades psychosociaux du développement, Henri Wallon et le dialogue tonique, Margaret Malher et la phase symbiotique, ainsi que le processus de séparation-individuation et Donald Woods Winnicott et l'objet transitionnel (Akoun, 1973; Gesell, 1925; Marcelli, 1993; Parent & Saucier, 1999; Petot, 1999; Steinberg & Belsky, 1991).

Avec les années, un intérêt marqué pour la pathologie en lien avec le développement s'est graduellement introduit au cœur de la psychologie, de telle sorte qu'une nouvelle discipline a vu le jour : la psychopathologie développementale.

En fait, Zigler (1989) présente trois événements qui ont, selon lui, contribué à l'émergence de cette dernière. En 1984, le périodique *Child Development* publia une édition spéciale portant sur la psychopathologie développementale dans laquelle Cicchetti abordait ses débuts. En 1987, le *Rochester symposium* sur la psychopathologie développementale fut inauguré pour la première fois. Enfin, en 1989, le journal *Development and Psychopathology* commença également à être publié.

Selon Cicchetti (1989), l'objet de cette nouvelle branche de la psychologie est l'étude de l'interaction entre le développement normal et le développement pathologique à partir d'une vision holistique de l'individu. Pour leur part, Sroufe et Rutter (1984) définissent la psychopathologie développementale comme «l'étude des origines et du cheminement des patterns de comportements inadaptés des individus, quelque soit l'âge d'apparition, les causes, les manifestations de changements comportementaux et la complexité du cheminement pathogène» (p.18) (traduction libre).

### Développement normal et pathologique

La conception du normal ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique. En réalité, on recense jusqu'à quatre façons de la concevoir, mais aucune conception n'est totalement satisfaisante.

Marcelli (1993) présente d'abord «le normal en tant que santé, opposé à la maladie» (p.48). Cette vision, maintenant révolue, impliquait une ambiguïté quant aux malades chroniques tels les diabétiques, les arthritiques et les asthmatiques. Avec une telle définition, tous étaient perçus normaux avant une crise et anormaux par la suite.

Une deuxième manière de concevoir le normal, c'est «en tant que moyenne statistique» (Marcelli, 1993; p.48). À première vue, cette vision semble adéquate; ce qui est peu fréquent est anormal. Cependant, si une entité est rare, par exemple la surdouance, cela ne signifie pas obligatoirement qu'il y ait pathologie.

Si on considère le «normal en tant qu'idéal, utopie à réaliser ou à apprendre» (Marcelli, 1993; p.48), le problème s'amplifie. Du point de vue social, l'idéal impliquerait automatiquement un conformiste absolu. Et, on considérerait ainsi anormales toutes les personnes dont le comportement est quelque peu marginal. Du point de vue personnel, Marcelli cite en exemple la pathologie narcissique qui est l'idéal du Moi de la personne narcissique mais, qui, en aucun cas, ne constitue un fonctionnement psychique normal.

Enfin, le normal pourrait être perçu «en tant que processus dynamique, capacité de retour à un certain équilibre» (p.48). Là encore, à première vue, cette conception paraît satisfaisante. Néanmoins, Marcelli dénonce le conformisme social implicite à cette représentation du normal.

Étant donné, la difficulté inhérente au concept de normal et au fait que le concept de pathologie soit relié de près à celui de la normalité (Keating, 1991), il est certain que la notion de pathologie/pathologique n'est pas facilement définissable.

Malgré cette difficulté théorique, il existe certains critères objectifs qui permettent aux intervenants ou aux chercheurs d'évaluer la présence d'une pathologie et sa sévérité. Par exemple, Cox (1994) identifie les 10 critères objectifs suivants : la souffrance du sujet; les difficultés relationnelles; les conséquences du comportement de l'enfant sur les autres; l'anormalité du comportement compte tenu de l'âge et du sexe de l'enfant; la fréquence, la durée et l'intensité du problème; les circonstances dans lesquelles ce comportement se produit; le nombre d'autres comportements anormaux associés; l'interférence avec le développement psychologique normal; les répercussions du comportement sur le fonctionnement scolaire; les attitudes du sujet face à ce problème.

Pour leur part, Altrocchi et Kagan (1980) proposent seulement deux critères plus globaux pour définir un comportement anormal. Dans un premier temps, il faut qu'il soit inadapté et, dans un second temps, destructeur. Plus précisément, c'est un comportement qui ne permet pas à l'individu de résoudre un problème particulier et qui implique des conséquences néfastes pour l'individu lui-même ou pour son entourage.

Par conséquent, avoir un développement normal signifierait la présence de comportements adaptés, selon l'âge, qui permettent à l'enfant de résoudre les problèmes qu'il rencontre et pour lesquels aucune conséquence négative n'est manifeste. À l'inverse, un développement anormal ou pathologique serait accompagné de comportements inadaptés, selon l'âge, et pour lesquels des conséquences néfastes seraient perceptibles.

### L'influence de l'environnement sur le développement de l'être humain

Dans son livre intitulé *The ecology of human development*, Bronfenbrenner (1979) explique une nouvelle façon de concevoir le développement de l'individu en interrelation avec son environnement immédiat et lointain. Selon lui, il existe des systèmes qui influencent indirectement ou directement un être humain et son évolution. D'abord, il y a l'individu avec sa propre personnalité, physionomie et génétique. Outre ce premier système, il décrit quatre autres systèmes d'influence emboîtés, l'un dans l'autre, pareil à de petites «poupées russes» (Bronfenbrenner, 1979, p. 3). Ces systèmes sont ordonnés selon un principe de classification, en débutant par le plus proche, dont l'influence est plus manifeste, et en terminant par celui le plus lointain et dont l'influence se présente de façon indirecte (Bronfenbrenner, 1992). Respectivement, ces systèmes sont le microsystème, le mésosystème, l'exosystème et le macrosystème, tous représentés à la figure 1.

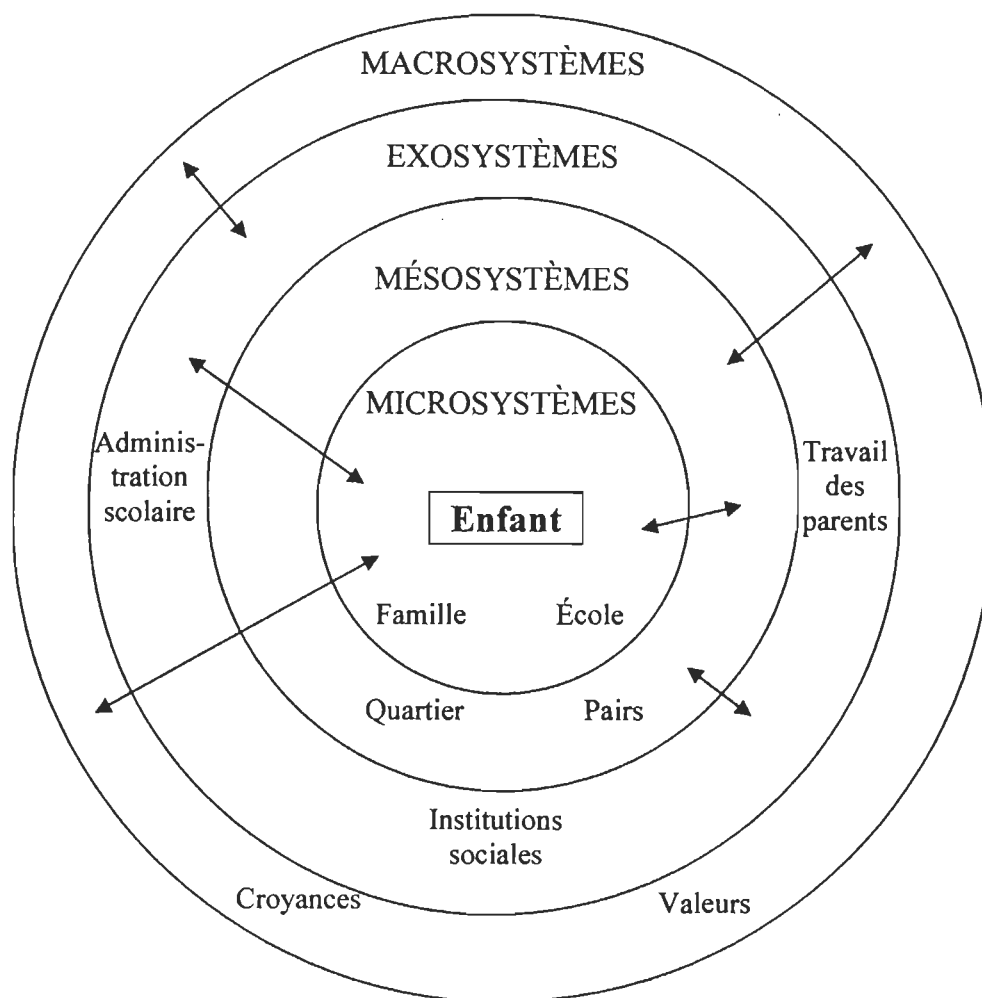


Figure 1. Ensemble des systèmes influant sur la vie d'une personne (Bronfenbrenner, 1977, 1979; Garbarino, 1990).

À l'origine, Bronfenbrenner (1979) a décrit le microsystème tel «un pattern d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles expérimentés par une personne en développement dans un cadre donné avec des caractéristiques physiques et matérielles particulières» (p. 22) (traduction libre). Donc, ce système le plus immédiat comporte

tous les milieux où une personne est en relation au quotidien avec l'environnement. Il englobe la famille proche et éloignée, l'école pour un enfant, le travail pour un adulte, la maison, etc.

Par la suite, soit en 1992, Bronfenbrenner a apporté un changement à sa définition première de ce qu'est le microsystème en ajoutant : «et incluant d'autres personnes avec leurs propres caractéristiques distinctives de tempérament, de personnalité et de système de croyances» (p.227) (traduction libre). Cet ajout vient hausser l'importance accordée aux caractéristiques personnelles de chacun et aux influences réciproques.

Le mésosystème se distingue par un ensemble d'interrelations entre les divers sous-systèmes émanant du microsystème (Garbarino & Ganzel, 2000; Garbarino & Kapadia, 1986). En d'autres termes, il comporte tout nouveau système formé de l'interaction de deux ou plusieurs milieux où se développe l'individu. Par exemple, on y retrouve le lien qui existe entre la famille, l'école et les amis.

L'exosystème, pour sa part, englobe les milieux où l'individu n'est pas impliqué directement, mais dont les répercussions affectent son développement (Bronfenbrenner, 1979, 1988, 1992; Garbarino & Ganzel, 2000; Garbarino & Kapadia, 1986). Le lieu de travail des parents, le réseau social d'un proche, le système administratif scolaire et communautaire font, entre autres, partie de l'exosystème.

Finalement, le macrosystème, est un amalgame d'idéologies, de croyances, de valeurs morales et religieuses de diverses cultures et sociétés qui se transmettent de génération en génération avec, parfois, quelques modifications (Bronfenbrenner, 1992; Garbarino & Ganzel, 2000). Par exemple, c'est dans le macrosystème qu'on distingue l'impact des tendances à la monoparentalité et à l'individualisme.

En 1982, Garbarino affirmait, dans son livre intitulé *Children and families in the social environment*, que chacun de ces quatre systèmes contenait des sources de risques et d'opportunités pour le développement des individus. Ainsi, chacun de ces systèmes, selon le contexte et le moment, aide ou nuit au cheminement développemental de l'être humain. D'un côté, il comporte des obstacles et, de l'autre, des ressources. Dans la documentation scientifique, ces obstacles à la vie humaine sont désignés comme étant des *facteurs de risque* et les ressources, comme des *facteurs de protection*.

#### Facteurs de risque et de protection, vulnérabilité et résilience

Depuis le dernier quart du 20<sup>ème</sup> siècle, les ouvrages traitant des facteurs de risque en lien avec le développement ont connu un accroissement fulgurant (Anthony, Chiland & Koupernik, 1982; Cohen, Brook, Cohen, Velez & Garcia, 1990; Cohen & Parmelee, 1983; Coie et al., 1993; Garmezy, 1983; Kazdin, 1997; Marcelli, 1993; Maziade, 1986; Mrazek & Haggerty, 1994; O'Dougherty, Wrigth, Garmezy, Loewenson



& Torres, 1983; Rutter & Casaer, 1991; Sameroff, Bartko, Baldwin, Baldwin & Seifer, 1998; Sameroff & Seifer, 1983; Werner & Smith, 1992). L'apport de ces diverses études est considérable.

Dans *Psychopathologie de l'enfant*, Marcelli (1993) affirme qu'«on appelle facteurs de risque toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité mentale supérieur à celui qu'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologiques » (p.398).

Dans la même optique, d'autres décrivent les facteurs de risque comme des événements, caractéristiques ou processus augmentant la probabilité qu'un enfant développe certains troubles, dysfonctions ou « problèmes majeures, sévères et chroniques de santé mentale » [Coie et al., 1993 (p.1013); Garmezy, 1993a; Kazdin, 1997; Werner & Smith, 1992].

De plus, Garbarino & Ganzel (2000) ajoutent que les facteurs de risque se divisent en deux types : des menaces directes et l'absence d'opportunités normalement attendues.

Malgré une unanimité quasi-totale quant à la définition des facteurs de risque, peu d'études utilisent les mêmes déterminants pour comprendre ou prédire l'émergence de futurs troubles psychologiques chez les individus à risque. En effectuant une lecture

approfondie des recherches sur les facteurs de risque, on note même une certaine incohérence dans la communauté scientifique quant aux choix des facteurs de risque à considérer dans les études. Cette divergence d'opinions à travers les différentes recherches amène forcément des résultats disparates et isole, ainsi, les conclusions de chacune d'entre elles. Le tableau 1 propose quelques exemples de recherches comportant nombre de facteurs de risque différents.

Pour pallier à cette lacune, Jourdan-Ionescu et al. (1998), ont effectué une revue de documentation complète de façon à dresser un inventaire exhaustif des facteurs de risque les plus employés en recherche. Dix-neuf facteurs de risque furent retenus. Le tableau 2 à l'Appendice A les présente avec leurs définitions opérationnelles.

L'ensemble des facteurs de risque mis en lumière par les recherches peut être subdivisé selon leur provenance respective. Ainsi, on recense des déterminants biologiques ou génétiques (Garnezy, 1988, 1993b; Kolvin, Miller, Fleeting, & Kolvin, 1988; Kopp & Kaler, 1989; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman & Fraser, 2001; Rutter & Casaer, 1991), familiaux, (Garnezy, 1988; Jourdan-Ionescu et al., 1998; Kolvin et al., 1988; Mrazek & Haggerty, 1994; Sameroff et al., 1998; Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, 1993; Valla & Bergeron, 1999) environnementaux (Jourdan-Ionescu et al., 1998; Kopp et Kaler, 1989; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman & Fraser, 2001), sociaux (Garnezy, 1988; Kolvin et al., 1988; Mrazek & Haggerty, 1994; Sameroff et al., 1993) et psychologiques (Garnezy, 1988; Mrazek & Haggerty, 1994).

Tableau 1

## Recherches comportant des facteurs de risque différents

Auteurs	Facteurs de risque pris en compte
1. Kirby & Fraser (1997)	Peu d'opportunités pour l'éducation et le travail, injustice et discrimination raciale, pauvreté, maltraitance, conflits parentaux, problèmes de santé mentale chez un parent, attitude parentale pauvre, problème biomédical et genre.
2. Kolvin, Miller, Fleeting, & Kolvin (1988)	Instabilité dans le couple, problèmes de santé mentale chez un parent, piètre prise en charge de l'enfant et entretien de la maison déficitaire, aide sociale, habitat surchargé et pauvre habileté maternelle.
3. Rutter (1979)	Conflit important dans le couple, statut socio-économique bas, famille nombreuse, criminalité chez le père, problème de santé mentale chez la mère et prise en charge par l'autorité locale.
4. Sameroff, Bartko, Baldwin, Baldwin & Seifer (1998)	Problème de santé mentale chez la mère, anxiété élevée chez la mère, rigidité des attitudes, croyances et valeurs de la mère à l'égard de son enfant, peu d'interactions positives entre la mère et l'enfant pendant la petite enfance, chef de famille sans occupation qualifiée, éducation minimale chez la mère, statut minoritaire, monoparentalité, événements de vie stressants et famille nombreuse.
5. Williams, Anderson, McGee & Silva (1990)	Changement d'école et de résidence, monoparentalité, statut socio-économique bas, séparation du couple, maternité en bas âge, faible habileté cognitive de la mère, relations familiales pauvres, problèmes maritaux et problèmes de santé mentale chez la mère.

De la multitude de facteurs de risque découverts par la communauté scientifique, certains facteurs de risque ont été attribués à des désordres psychologiques ou psychiatriques spécifiques. Par exemple, Fraser & Galinsky (1997), Mrazek & Haggerty (1994) et Richman & Fraser (2001) mentionnent tous que le fait d'avoir un parent atteint de schizophrénie prédispose davantage les enfants à ce même trouble psychologique.

D'autres facteurs de risque se sont avérés communs à de nombreux problèmes de santé mentale (Coie et al., 1993; Fraser & Galinsky, 1997; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman & Fraser, 2001). Par exemple, selon Markman & Jones-Leonard (1985), la présence de conflit dans le couple parental précède l'émergence de problèmes de conduites chez les enfants et de la dépression chez les femmes.

L'impact produit par les facteurs de risque sur le développement peut se concevoir de plusieurs façons. D'abord, il existe une distinction majeure entre l'impact exercé par un seul facteur de risque et l'effet produit par une accumulation de facteurs de risque chez un même individu. La plupart des chercheurs s'accordent pour affirmer qu'un seul facteur de risque a peu d'influence, mais que, par contre, un effet néfaste est relevé lorsqu'il y a plusieurs facteurs de risque chez un même individu (Coie et al., 1993; Garnezy, 1993a; Habimana, 1999; Kirby & Fraser, 1997; Lewis & Feiring, 1998; Maziade, 1986; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman, 1977; Rutter, 1979; Sameroff et al., 1993; Solnit, 1982; Williams et al., 1990). Par exemple, Rutter (1979) trouva que c'était le nombre de facteurs de risque plutôt que la nature des facteurs de risque qui

mène aux désordres psychiatriques. En effet, le risque passe de 2% pour des familles avec aucun ou un seul facteur de risque à 20% pour celles avec au moins quatre facteurs de risque. Sameroff et al. obtiennent des résultats semblables dans leurs études de 1993 et 1998; plus il y a de facteurs de risque, plus l'impact sur le développement sera grand et plus il y aura de chance qu'un déséquilibre mental survienne et soit sévère.

Les études de plusieurs chercheurs ont permis de découvrir bon nombre de variables influençant l'intensité et la durée des répercussions produites par les facteurs de risque. Parmi ces variables on discerne d'une part, la race, l'ethnicité, la culture, le sexe et l'âge de l'individu et, d'autre part, l'environnement familial, scolaire, social et économique dans lequel la personne vit (Fraser, 1997; Fraser & Galinsky, 1997; Richters & Weintraub, 1990; Werner & Smith, 1989). Par exemple, Maziade (1986) souligne «que leur impact est plus accentué dans la petite enfance ou dans l'adolescence» (p. 375) qu'à d'autres moments du développement humain.

Les conséquences néfastes des facteurs de risque sur le développement sont diverses. Selon de nombreux auteurs (Fraser, 1997; Garnezy, 1993a; Kirby & Fraser, 1997; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman & Fraser, 2001; Sameroff & Seifer, 1990), la présence des facteurs de risque chez un individu augmente ses probabilités de développer des difficultés développementales (cognitives, affectives, sociales, etc.), psychologiques ou psychiatriques. Pour leur part, Radke-Yarrow et Sherman (1990)

vont jusqu'à dire que les facteurs de risque réduisent les chances de survie et la possibilité qu'un individu atteigne l'âge nécessaire à la procréation.

On sait, également, qu'il n'existe pas deux êtres humains qui réagissent de la même façon face à l'environnement (Fraser & Richman, 2001). En fait, on observe deux types de phénomènes : l'équifinalité et la multifinalité. En bref, le premier signifie que, malgré des conditions de vie totalement différentes, des individus peuvent accéder aux mêmes issues, quelles soient favorables ou non. Il y a donc, dans un premier temps, des points de départ diversifiés qui, dans un deuxième temps, convergent vers un résultat final commun (Anderson & Carter, 1984; Beer, 1981; Cicchetti, 1990; Cicchetti & Rogosch, 1996; Coie et al., 1993; Sameroff et al., 1993; Wilden, 1972/1980). Par exemple, des enfants de milieux socio-économiques différents peuvent développer des problèmes de santé mentale semblables.

À l'inverse, le concept de multifinalité s'explique par un aboutissement de résultats totalement divergents, malgré des conditions de vie similaires chez plusieurs personnes au départ (Cicchetti & Rogosch, 1996; Coie et al. 1993; Wilden, 1972/1980). Par exemple, des enfants du même quartier et avec le même niveau socio-économique dont l'un développe une délinquance et dont l'autre est parfaitement exempt de problématique.

Ce sont les différences individuelles, c'est-à-dire, le degré de vulnérabilité aux facteurs de risque de chacun, qui expliquent ces divergences de scénarios (Fraser &

Richman, 2001; Maziade, 1986; Rutter, 2001). Norman Garmezy (1993b) définit la vulnérabilité par l'intensification des probabilités qu'un individu se développe anormalement. Autrement dit, une personne en présence de plusieurs facteurs de vulnérabilité, ou de risque, a davantage de possibilités de connaître des perturbations psychologiques au cours de sa vie qu'une personne dont le degré de vulnérabilité est significativement plus faible. Ce degré de vulnérabilité peut s'abaisser ou s'élever, chez un même individu selon l'âge et diverses conditions physiques, psychologiques et sociales (Postel, 1993; Wadsworth, 1988).

Dans la documentation, on qualifie les personnes vulnérables comme ayant soit une ou des prédispositions génétiques spécifiques à une maladie, soit des conditions défavorables à sa croissance (Mrazek & Haggerty, 1994). «La vulnérabilité évoque des sensibilités et des faiblesses réelles et latentes, immédiates et différées» (Solnit, 1982; p.486).

Paradoxalement, Solnit (1982) mentionne également l'existence d'une notion contraire à la vulnérabilité. Selon lui, on distingue une force opposée; l'invulnérabilité, qui serait «une capacité de résistance» (p. 486) contre toutes les situations à risque. Kirby et Fraser (1997) apportent toutefois un éclaircissement autour du concept d'invulnérabilité. Selon eux, l'invulnérabilité, qui signifie qu'une personne n'est *jamais* atteinte par les obstacles quotidiens ou soudains, n'existe pas. Ils évoquent plutôt la notion de résilience qui révèle davantage la possibilité qu'une personne subisse les

désagréments des facteurs de risque sans toutefois en être perturbée. En fait, celle-ci bénéficierait de ressources internes et externes lui permettant de contrecarrer l'effet néfaste des facteurs de risque. Cette dernière conception de l'opposé de la vulnérabilité, la résilience, reflète d'une façon plus réelle et authentique la véritable nature de l'être humain. Par conséquent, le concept d'invulnérabilité se fait de plus en plus rare dans la documentation scientifique au profit de la résilience (Wolin & Wolin, 1995).

L'étude de la résilience, qui a rapidement connu un grand essor, émerge des recherches sur les facteurs de risque (Kirby & Fraser, 1997; Osofsky & Thompson, 2000). Ainsi, de nombreux auteurs ont défini la résilience de manières différentes, voire complémentaires (Fraser & Galinsky, 1997; Habimana, 1999; Kirby & Fraser, 1997; Richman & Fraser, 2001; Rutter, 2000, 2001; Vance, 2001; Werner & Smith, 1989, 1992).

Pour en donner une rapide définition, la résilience se caractérise par une aptitude adaptative, remarquable et inattendue à faire face, à résister ou à récupérer avec succès de situations nuisibles internes (telles avoir une blessure narcissique ou des distorsions cognitives) ou externes (telles subir une agression, une séparation ou une perte significative), qui haussent le degré de vulnérabilité (favorisant ainsi l'émergence de psychopathologies ou autres problèmes développementaux), notamment en utilisant des ressources individuelles (comme avoir une bonne confiance et estime de soi) et des ressources environnementales (comme détenir un bon réseau de support familial et



social). De plus, selon Osofsky & Thompson (2000), c'est dès la petite enfance que se développerait la résilience.

Cependant, selon Wolin & Wolin (1995), la présence de facteurs de risque n'engendre pas inévitablement des dommages. D'ailleurs, en terme de fréquence, ils ont affirmé que plus de la moitié des enfants à risques élevés ne présentaient pas de perturbations. Ces enfants sont appelés résilients puisqu'ils ne manifestent pas ou très peu de difficultés d'adaptations suite à une ou des expositions néfastes.

Fraser (1997) révèle que chez les enfants résilients, il y a quelque chose qui atténue l'impact des facteurs de risque. Ce sont des facteurs de protection. Plus un individu en possède en lui-même et dans son environnement, plus il a de probabilités que son degré de résilience augmente et moins il a de chance de développer une perturbation psychologique (Mrazek & Haggerty, 1994).

Par conséquent, on peut clairement affirmer que la résilience est présente chez un individu lorsque celui-ci a suffisamment de facteurs de protection pour contrebalancer l'effet négatif d'un ou d'une accumulation de facteurs de risque et, ainsi, aboutir à une issue favorable.

Comme pour la résilience, la recherche sur les facteurs de protection a connu une avancée considérable ces dernières années, particulièrement quant leur identification (Garnezy, Masten & Tellengen, 1984; Richters & Weintraub, 1990).

La documentation dégage trois principales caractéristiques des facteurs de protection. Dans un premier temps, ils résistent, altèrent ou diminuent le contrecoup des facteurs de risque (Coie et al., 1993; Richman & Fraser, 2001; Rutter, 1985). Dans un deuxième temps, ils abaissent la probabilité qu'un désordre psychologique ou qu'une dysfonction cognitive, émotionnelle ou sociale surgisse (Gore & Eckenrode, 1994; Richters & Weintraub, 1990). Enfin, ils rehaussent les dénouements positifs et, ainsi, favorisent la conservation de la compétence chez une personne qui en bénéficie (Garnezy, 1983; Werner, 2000).

De même que pour les facteurs de risque, les études ont permis de découvrir que les facteurs de protection sont perceptibles au plan individuel (l'autonomie, l'intelligence, l'humour, la santé et une bonne estime de soi) et au plan environnemental (l'absence de discorde familiale et un bon réseau social) (Gore & Eckenrode, 1994; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman & Fraser, 2001; Richters & Weintraub, 1990; Werner, 2000; Wolin & Wolin, 1993) .

Pour leur part, Jourdan-Ionescu et al. (1998) ont effectué une revue de documentation complète de façon à dresser un inventaire exhaustif des facteurs de

protection les plus employés en recherche. Treize facteurs de protection furent retenus. Le tableau 3 à l'Appendice B les présente avec leurs définitions opérationnelles.

De plus, Kirby & Fraser (1997) rappellent la possibilité que les facteurs de protection aient, eux aussi, des effets cumulatifs. Donc, comme l'a mentionné Masten en 1987, plus une personne jouit de facteurs de protection, mieux elle fonctionnera. En somme, plus une personne détiendra de facteurs de protection, meilleur sera son degré de résilience et meilleures seront ses chances de réussites développementales et psychologiques.

### Intervention et prévention

Comme en fait mention la section portant sur les enfants à risque, nombre de ceux-ci auraient avantage à bénéficier de facteurs de protection (ressources éducatives, psychologiques, financières, matérielles, etc.) afin de contrecarrer l'effet néfaste qu'ils subissent en raison des facteurs de risque rencontrés.

Pour y parvenir, de multiples services furent établis pour les enfants dès le début du 20<sup>e</sup> siècle (Achenbach, 1990). C'est avec une portée mondiale que furent institués : en 1913, l'Association internationale pour la protection de l'enfance; en 1919, le Comité de protection de l'enfance par la Société des Nations; en 1924, la Déclaration de Genève sur les droits des enfants; en 1946, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

(UNICEF); en 1959, la Déclaration des droits de l'enfant; en 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant.

De plus, deux journées permettent de proclamer à haute voix les besoins des enfants et la nécessité d'intervenir : la journée mondiale de l'enfance, célébrée tous les 20 novembre de chaque année, et la journée mondiale de la jeunesse qui a eu lieu tout récemment, soit le 28 juillet 2002.

À plus petite échelle, au Canada et au Québec, on constate plusieurs organismes ou ressources diverses afin d'aider au maximum les enfants. Entre autres, la prestation fiscale canadienne pour enfants, l'allocation familiale du Québec, la Loi sur la protection de la jeunesse et le club des petits déjeuners du Québec. En somme, ces ressources tentent de s'opposer à l'adversité en intervenant. En fait, ils visent «à prévenir l'apparition de troubles, à faire disparaître des troubles constitués et/ou à annuler leurs conséquences» (Fröhlich, Jalley & Drever, 1997).

Plusieurs personnes peuvent être impliquées dans de telles interventions. D'abord, on retrouve les personnes pour qui l'intervention elle-même est mise en place. Généralement, ces personnes ont des besoins qui nécessitent d'être comblés. Ensuite, il y a les intervenants, ceux qui cernent leurs besoins, qui établissent des plans d'intervention et qui agissent. Il y a aussi des mécènes, qui incluent le gouvernement, des financeurs privés ou, parfois, des intervenants, qui fournissent les ressources

(financières, humaines et matérielles) essentielles à l'intervention. Enfin, il y a toutes les autres personnes, souvent la famille et l'entourage immédiat des personnes en besoin, qui supportent et apportent une aide quelconque. Plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'intervention auprès des enfants, un ou les deux parents doivent s'engager à participer au processus (Kopp & Kaler, 1989; Rossetti, 1986).

L'impact d'une intervention peut s'avérer considérable. Selon Garbarino et Ganzel (2000), l'intervention a sa place à l'intérieur de chaque système (micro-, méso-, exo- et macrosystème) et une intervention à un seul de ces niveaux peut engendrer des bénéfices, comme avoir un effet "château de cartes", sur les autres systèmes. Par ailleurs, si l'intervention est réalisée précocement, il est aisé de croire que le résultat ainsi que les retombées seront d'autant plus favorables.

En fait, trois principaux arguments appuient la nécessité d'intervenir tôt. D'abord, parce que l'enfance est une période de la vie où un individu se développe et, donc, où il a des besoins spéciaux et essentiels. Ensuite, parce qu'il y a maintes fois continuité des conflits entre les générations (Garmezy, 1993a). Finalement, parce que la période de développement est cruciale pour le devenir d'une personne. En effet, de nombreux chercheurs ont établi une continuité dans les troubles de comportements et psychologiques entre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte (Coie et al., 1993; Maziade, 1986).

Dans le même sens, Maslow (1987) affirme que les traits caractéristiques chez l'adulte en santé étaient la résultante d'un environnement favorable pendant l'enfance. Par conséquent, il est primordial que les enfants à risque profitent d'interventions précoces afin qu'on les oriente vers un développement sain et un avenir convenable et prometteur (Marcus, 1982).

Mais plus encore que l'intervention précoce, existe l'*intervention préventive*. Selon Simeonsson & Covington (1994), l'effort mis par la communauté scientifique et professionnelle sur la prévention est impressionnant et proportionnel à ce qu'on peut en tirer. La prévention signifie qu'une intervention antérieure et logique est réalisée afin de diminuer, voire enrayer, la possibilité d'apparition de problèmes de comportements et de santé psychologiques ou physiques (Coie et al., 1993; The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence, 1994; Mrazek, 1994).

Plus précisément, l'intervention préventive sert à abaisser le nombre et l'intensité des facteurs de risque, à hausser et à renforcer les facteurs de protection et à promouvoir la résilience chez l'individu, son environnement immédiat et lointain afin de tenter d'arrêter le processus d'émergence de la dysfonction (Coie et al., 1993; Fraser & Galinsky, 1997; Maziade, 1986; Mrazek, 1994; Simeonsson, 1994a).

Selon Caplan et Grunebaum (1967), dont les dires ont été appuyés plus tard par Mrazek (1994), Sameroff & Fiese (2000) et Simeonsson (1994b), la prévention se

subdivise en trois niveaux ou types de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. La première s'applique avant l'origine d'un dysfonctionnement ou d'une maladaptation. Elle vise à réduire l'incidence de nouveaux cas de problématiques quelconques.

La deuxième intervient après l'apparition du problème, mais avant que les conséquences ne se fassent sentir. Pour sa part, elle vise à promouvoir l'acquisition de nouvelles aptitudes afin de diminuer la prévalence d'une problématique quelconque dans une population donnée.

La dernière s'expérimente suite à la manifestation de séquelles néfastes chez une personne à risque. Elle sert à stopper ces séquelles et à réhabiliter les personnes atteintes. De ces trois types de prévention, Simeonsson & Covington (1994) considèrent que la prévention primaire est davantage efficace puisqu'elle attaque le problème à la source contrairement à la prévention secondaire et tertiaire.

La prévention s'avère donc un élément essentiel dans l'optique d'un développement infantile sain. Cela puisque la progression vers l'âge adulte en est, du moins en partie, déterminée. Finalement, pour qu'une intervention, préventive, précoce ou autre, soit valable, elle doit atteindre le ou les objectifs pour lesquels elle fut établie. Avec une clientèle infantile, un moyen efficient d'évaluer la pertinence et la portée

d'une telle démarche est d'évaluer l'impact et le progrès que cela produit sur les enfants (Rossetti, 1986).

### Question et hypothèses de recherche

Puisque cette étude émerge de l'*Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce* réalisée par le groupe de recherche Jourdan-Ionescu et al. (1998) en partenariat avec le CLSC Drummond, une revue de leurs objectifs s'imposent.

D'abord, pour répondre à la demande du CLSC Drummond, la première visée était d'obtenir «un portrait détaillé de la clientèle des Ateliers Calijours» (p. 31). Ensuite, l'équipe de recherche devait mettre en lumière les liens qui unissent diverses caractéristiques psychologiques et psychosociales et les facteurs de risque. Enfin, le troisième et dernier objectif de cette étude était d'évaluer la présence des facteurs de protection et leur rôle quant à la possible apparition de traits résilients chez les jeunes enfants à risque suite à l'intervention précoce.

De cette récente étude, quelques communications scientifiques et ouvrages ont déjà été réalisés (Couture, mai 1998; Jourdan & Desaulniers, mai 1998; Jourdan-Ionescu, Palacio-Quintin & Desaulniers, octobre 1997; Jourdan-Ionescu et al.,



novembre 1999; Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu & Martineau, septembre 1998; Vigneault, 2000) et d'autres sont en écriture.

Pour sa part, ce présent mémoire se centrera sur une variable psychologique, soit le niveau de développement global, mesuré à l'aide de l' *Échelle de Développement de Harvey* qui se subdivise en cinq domaines : la motricité, l'autonomie, le graphisme, le langage et les connaissances et sur des variables discriminatoires : le sexe des sujets ainsi que leur degré de risque.

Cette étude tentera, donc, d'évaluer la pertinence de l'intervention précoce réalisée auprès d'une population de jeunes enfants à risque en évaluant les résultats obtenus au score de développement global et sectoriel avant et après l'intervention et, ce, en lien avec les facteurs de risque, de protection et le sexe. La question de recherche est la suivante : Est-ce que les Ateliers Calijours influenceront sur le niveau de développement global et sectoriel des sujets? Afin de répondre à ce questionnement, nous émettons quatre hypothèses de recherche. La première hypothèse de recherche veut que le quotient développemental, ainsi que les quotients associés aux cinq secteurs, divergent selon les deux temps de mesure. La seconde hypothèse de recherche veut que le degré de risque ait un lien avec l'évolution du quotient développemental ainsi que les quotients sectoriels selon le temps de mesure. La troisième hypothèse veut que les sujets qui progressent sur le quotient développemental divergent de ceux qui régressent sur les variables suivantes : quotient développemental de départ et final, nombre total de

facteurs de risque et de protection, quotients sectoriels de départ et finaux. Enfin, la quatrième hypothèse veut que les sujets de sexe masculin divergent des sujets de sexe féminin sur les variables suivantes : quotient développemental de départ et final, évolution positive ou négative, nombre total de facteurs de risque et de protection, quotients sectoriels de départ et finaux.

## Méthode

À travers ce chapitre, un bref aperçu de la méthodologie sera dressé. La première partie décrira les Ateliers Calijours que les sujets fréquentaient. La seconde, exposera les différentes données démographiques de l'échantillon. La troisième section de ce chapitre expliquera respectivement les divers instruments de mesures utilisés et le déroulement de la recherche. Pour terminer, le plan expérimental sera développé ainsi que le choix des analyses statistiques appropriées.

### Ateliers Calijours

Les enfants de cette recherche proviennent du bassin d'enfants qui ont – par l'intermédiaire d'annonce publicitaire dans le quotidien régional, dans le journal des intervenants du CLSC Drummond, des intervenants des Centres jeunesse de la région du centre du Québec et de la Mauricie et des intervenants communautaires – été dirigés vers le service d'intervention précoce du CLSC Drummond. La sélection des sujets pour la recherche de Jourdan-Ionescu et al. (1998) s'est accomplie de septembre 1995 à novembre 1997.

Les Ateliers Calijours offrent des activités pour les enfants en besoin et leurs parents. Les dix rencontres avec les parents d'une durée d'environ 3h30 chacune comportent les activités suivantes : «effectuer un portrait de son enfant, travailler sur une règle qui fonctionne et sur une qui ne fonctionne pas avec son enfant, divers petits exposés et diverses lectures (discipline, gestion du stress chez les parents et chez les

enfants, le développement chez l'enfant, etc.), le visionnement de vidéos et le fait de remplir des questionnaires» (Jourdan-Ionescu et al., 1998, p.36). Les enfants fréquentaient durant ce temps des ateliers de stimulation précoce.

À partir de ces activités, de nombreux objectifs étaient poursuivis par les intervenants du CLSC Drummond et du groupe de recherche. Auprès des enfants, six cibles étaient envisagées : observer le développement et le comportement de chaque enfant en regard de leur problématique spécifique; référer et soutenir les parents lorsque l'enfant nécessite des ressources non disponibles au CLSC Drummond; observer les qualités, les forces et les capacités de chaque enfant et transmettre les informations aux parents afin qu'ils valorisent leur enfant; faire des recommandations aux parents afin qu'ils participent et soutiennent leur enfant dans leur cheminement; qu'ils prolongent les activités parents-enfants à la maison; amener l'enfant à développer ses habiletés et ses connaissances en lien avec son niveau de développement.

Six objectifs sont également visés avec les parents : informer les parents des besoins bio-psycho-sociaux de leur enfant; responsabiliser et déculpabiliser les parents quant à leurs interactions avec leur enfant; améliorer la qualité de la relation parent-enfant; élever le niveau de confiance et d'estime de soi; renseigner les parents sur la portée de leur passé sur leur rôle parental; favoriser la diminution de l'isolement au profit d'un réseau de soutien adéquat.

Finalement, dans les ateliers réunissant les parents et les enfants deux buts sont visés. Dans un premier temps, stimuler l'intérêt des parents à jouer avec leur enfant et, dans un deuxième temps, établir un moment privilégié où les intervenants peuvent observer et intervenir directement dans la relation parent-enfant.

### Sujets

Au départ, le nombre d'enfants inscrits aux Ateliers Calijours se chiffrait à 52. Le nombre de familles étant, pour sa part, de 51 étant donnée que l'une d'elle avait inscrit ses deux enfants. Comme l'évaluation de certains enfants était déjà commencée lorsque l'équipe de recherche a décidé de mesurer le niveau de développement global, 22 enfants furent retirés de l'échantillon de cette recherche-ci. La quantité de sujets a, cependant, fluctué une autre fois lors du deuxième temps de mesure, après un an. Soit les sujets n'ont pas participé complètement aux Ateliers Calijours, soit l'ensemble des questionnaires ne leur fut pas administré une seconde fois en raison du refus des parents. C'est donc trois sujets que nous soustrayions à l'échantillon déjà réduit à 30, pour obtenir un échantillon total de 27 sujets.

Les enfants composant l'échantillon ont entre 30 mois et 58 mois, à la première passation, la moyenne se situant à 46,185 mois (é.t. = 6,41). La majorité, soit 19 sur 27 (70,4 %), sont de sexe masculin. Au deuxième temps de passation, soit environ un an plus tard, les enfants ont en moyenne 59,037 mois (é.t. = 6,217). Ces enfants

proviennent principalement de familles biparentales (77,8 %). Pour la plupart (74,1 %), la source de revenu provient d'un emploi rémunéré et plus de 65 % de ces familles ont un revenu familial inférieur à 34 999\$ par année. Cependant, certains bénéficient de prestations d'aide sociale (25,9 %). Ces familles ont en moyenne 2,22 enfants avec une variation allant de 0 (mère n'ayant pas la garde de l'enfant) à 6. Presque les deux tiers des enfants sont les premiers de leur famille (63 %). Les parents participant aux Ateliers sont tous des mères âgées entre 20 et 33 ans, exception faite d'une grand-mère, de 45 ans, qui est considérée dans la présente étude comme la figure maternelle de l'enfant depuis sa naissance. Leur niveau de scolarité des mères oscille entre une huitième année et une quatorzième année.

### Instruments de mesure

#### *Questionnaire d'anamnèse*

Ce questionnaire, lorsque rempli, fournit des informations socio-démographiques ainsi que des indices quant à la présence ou l'absence de certains facteurs de risque ou de protection. Il fut construit par Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Gagnier & Desaulniers (1995) et comprend 77 questions qui sont, pour la plupart, semi-ouvertes. Le *Questionnaire d'anamnèse* est subdivisé en huit sections, de telle sorte, qu'il amène des informations sur les thèmes suivants : renseignements généraux sur la famille, scolarisation des parents, occupation actuelle des parents, revenu, logement,

informations concernant l'environnement premier de l'enfant cible, informations sur l'enfant cible et ses parents et sur les relations familiales.

### *Échelle de Développement de Harvey*

Créée au Québec en 1966 et révisée en 1984, l'Échelle de Développement de Harvey sert à mesurer le niveau de développement global ainsi que le niveau de développement dans cinq domaines spécifiques : la motricité, l'autonomie, le graphisme, le langage et les connaissances. À partir de la cotation des cinq domaines mentionnés précédemment, on obtient, d'une part, l'âge global moyen de développement (AGD) en additionnant le total des cinq scores et en divisant la somme par cinq. D'autre part, on obtient le quotient de développement (QD), qui correspond au niveau de développement global, en divisant le QD en mois par l'âge chronologique (en mois) du sujet. Pour ce qui est de chacun des secteurs, le quotient sectoriel s'obtient lorsqu'on divise le score obtenu pour le secteur en question par l'âge chronologique (en mois) du sujet.

Selon Harvey (1984), les coefficients de fidélité varient de .90 à .96 et les coefficients de cohérence interne fluctuent de .94 à .97 d'après les études. L'échelle peut être administrée à des enfants entre zéro et huit ans, pour les enfants sans retard de développement l'échelle plafonne vers sept ans, par contre, avec des enfants avec retard de développement, l'échelle est applicable sur une plus grande marge d'âges. Puisque cette échelle était originalement destinée à une population d'enfants ayant des difficultés développementales importantes, sa validation auprès d'une population d'enfants



normaux québécois est actuellement en œuvre (Jourdan-Ionescu & Couture). Néanmoins, elle a été employée dans de nombreuses études réalisées avec des familles négligentes ou à risques de négligence (Éthier, Palacio-Quintin, Jourdan-Ionescu, Lacharité & Couture, 1991; Éthier, Palacio-Quintin, Couture, Jourdan-Ionescu & Lacharité, 1992; Palacio-Quintin et al., 1995).

### Déroulement

La première étape fut de recueillir le consentement libre et éclairé des parents des enfants inscrits aux Ateliers Calijours. Cela s'est fait par l'entremise de la travailleuse sociale qui fit remplir le formulaire de consentement (Vigneault, 2000). Suite à leur accord, l'équipe de recherche et les intervenants du CLSC Drummond ont entamé la passation des différents tests et questionnaires.

Les enfants ont, à tour de rôle, passé l'Échelle de développement de Harvey. La durée approximative de la passation se situe entre 15 et 45 minutes. L'échelle fut administrée, individuellement, par des étudiants en psychologie formés pour la passation de cet instrument (soit au baccalauréat, soit à la maîtrise) dans un local organisé à cette fin au CLSC Drummond.

Pour leur part, les parents ont passé successivement le questionnaire d'exploration des facteurs de risque et de protection, les matrices de Raven, l'inventaire

des problèmes de comportement, l'index de stress parental et le dessin de la famille. Ces divers tests ont pris, dans l'ordre, environ deux heures pour le premier, entre 10 et 60 minutes pour le second et entre 10 et 30 minutes pour les trois derniers. Ils ont été administrés individuellement ou en groupe de cinq ou six personnes comme c'est le cas, entre autres, pour les matrices de Raven et pour le dessin de la famille. La passation des cinq instruments aux parents a été accomplie par les intervenants du CLSC Drummond ou par des étudiants en psychologie formés pour cela.

Après l'analyse complète des données, les résultats étaient transmis individuellement aux parents par les intervenants des Ateliers Calijours après une réunion clinique avec la professionnelle de recherche.

### Plan expérimental et analyses statistiques

La présente étude essayera de faire la lumière sur l'impact de ce programme d'intervention précoce sur le développement global et sectoriel d'enfants d'âge préscolaire en lien avec les facteurs de risque, de protection et le sexe des sujets.

Une première série d'analyses sera exécutée afin de faire une description complète de l'échantillon. Pour cette description, des analyses descriptives (fréquence, moyennes) seront effectuées.

Pour vérifier le postulat de la première hypothèse de recherche, l'analyse statistique utilisée sera le test de différence de moyennes pour groupes pairés (T-Test pairé). Pour ce qui est de la deuxième hypothèse, des analyses de variances pour plan mixte seront utilisées (MANOVA). Enfin, pour la troisième et la quatrième hypothèses, des tests de différence de moyennes pour groupes indépendants (T-Test) seront exécutés.

Ces diverses analyses de données seront exécutées en utilisant le logiciel SPSS et un seuil significatif minimal de .05 sera considéré.

## Résultats

Ce chapitre propose, dans un premier temps, les transformations des données brutes nécessaires à la réalisation des analyses statistiques. Dans un second temps, ce chapitre expose les stratégies d'analyse et, enfin, les résultats sont présentés.

## Transformations des données

### *Facteurs de risque et de protection*

La présence ou l'absence de facteurs de risque ou de protection fut tiré du *Questionnaire d'anamnèse*. Les totaux pour le nombre de facteurs de risque et de protection furent calculés pour chaque sujet. Une division des sujets selon leur degré de risque (faible, modéré et élevé) a été établie en soustrayant le total des facteurs de protection de celui des facteurs de risque. Les sujets ayant un résultat inférieur ou égal à -3 (une différence de plus ou moins trois m'est apparue comme reflétant un statut fort différent entre les divers degrés de risque, ceci sachant que la moyenne du nombre de facteurs de risque est de 3,33 et que celle des facteurs de protection est de 2,11) forment le *groupe de sujets à risque faible* (nette supériorité des facteurs de protection sur les facteurs de risque). Ceux ayant un résultat supérieur ou égal à 3 forment le *groupe de sujets à risque élevé* (nette supériorité des facteurs de risque sur les facteurs de protection). Quant aux sujets ayant un résultat entre -3 et 3 exclusivement, ils forment le *groupe de sujets à risque modéré*.

### *Échelle de développement de Harvey*

Pour chaque secteur de l'échelle : motricité, autonomie, graphisme, langage et connaissance, un quotient développemental est calculé en divisant le score obtenu à une section par l'âge chronologique de l'enfant et multiplié par 100. Pour le quotient de développement global, la somme des scores bruts aux cinq secteurs est calculée, divisée ensuite par cinq et par l'âge chronologique de l'enfant et, enfin, multipliée par 100.

### Stratégies d'analyse

Dans un premier temps, toutes les analyses descriptives (fréquences, mesures à tendance centrale, dispersions) ont été effectuées afin d'obtenir un portrait de l'échantillon, de la distribution et des totaux associés aux facteurs de risque et de protection, de la dispersion et moyennes des quotients développementaux associés aux cinq secteurs de l'*Échelle de développement de Harvey* et, enfin, la distribution du quotient développemental. Dans un deuxième temps, plusieurs tests de différence de moyennes pour groupes pairés furent exécutés pour vérifier le postulat de la première hypothèse. Dans un troisième temps, des analyses de variances pour plan mixte furent exécutées afin d'évaluer la deuxième hypothèse. Finalement, pour vérifier les hypothèses trois et quatre, des tests de différence de moyennes pour groupes indépendants ont été effectués.

## Présentation des résultats

### *Facteurs de risque et de protection*

Les données sur la présence ou l'absence de facteurs de risque ou de protection ont été tirées du *Questionnaire d'anamnèse*. La distribution de fréquence pour chaque facteur de risque et de protection est respectivement présentée aux Tableaux 4 et 5 et illustrée dans la Figure 2 et 3.

L'analyse des distributions montre l'étendue de la distribution des facteurs de risque. Le pourcentage le plus faible (0%) est observé pour le facteur de risque réseau social restreint de l'enfant et celui le plus élevé (59,3%) est observé pour le facteur de risque problème de développement. Parmi les plus fréquents, on note l'instabilité de la structure familiale (37,0%), un problème de santé mentale des parents (33,3%), l'abus d'alcool ou de drogues des parents (25,9%), le jeune âge de la mère au premier bébé (22,2%) et la violence conjugale (22,2%). D'autres n'atteignent pas les 10% de l'échantillon : parent emprisonné (3,7%), handicap ou maladie chronique (3,7%), problème périnatal (7,4%) et faible niveau intellectuel de la mère (7,4%).

Tableau 4  
Distribution des facteurs de risque

Facteurs de risque	Fréquence	Pourcentage
1. Problème de comportement de l'enfant	5	18.5
2. Problème de santé physique de l'enfant	3	11.1
3. Prématuro ou petit poids	5	18.5
4. Problème de développement	16	59.3
5. Faible revenu	4	14.8
6. Faible scolarité des parents	3	11.1
7. Instabilité de la structure familiale	10	37.0
8. Déménagements fréquents	3	11.1
9. Nombre élevé d'enfants	3	11.1
10. Problème de santé mentale des parents	9	33.3
11. Abus d'alcool ou de drogues	7	25.9
12. Jeune âge de la mère au 1 <sup>er</sup> bébé	6	22.2
13. Cas CPEJ	4	14.8
14. Réseau social restreint de l'enfant	0	0.0
15. Problème périnatal	2	7.4
16. Faible niveau intellectuel de la mère	2	7.4
17. Violence conjugale	6	22.2
18. Parent emprisonné	1	3.7
19. Handicap-maladie chronique	1	3.7



Tableau 5  
Distribution des facteurs de protection

Facteurs de protection	Fréquence	Pourcentage
1. Efficacité de la démarche	9	33.3
2. Habileté intellectuelle	7	25.9
3. Estime de soi	2	7.4
4. Habiletés sociales	2	7.4
5. Résolution de problèmes	1	3.7
6. Tempérament agréable	2	7.4
7. Soutien émotionnel	4	14.8
8. Interactions positives avec les parents	7	25.9
9. Climat familial chaleureux	1	3.7
10. Règles claires et adéquates	5	18.5
11. Adulte significatif	10	37.0
12. Aide aux parents	4	14.8
13. Réseau social de l'enfant	3	11.1

Pour ce qui est de la fréquence des facteurs de protection, on observe une variation entre 3,7% pour les facteurs climat familial chaleureux et capacité de résolution de problème de l'enfant et 37% pour le facteur présence d'un adulte significatif auprès de l'enfant. Les facteurs de protection les plus fréquents, outre celui mentionné précédemment,

sont : l'efficacité de la démarche (33,3%), l'habileté intellectuelle (25,9%) et les interactions positives avec les parents (25,9%). Les autres se situent tous entre 7,4% et 18,5%.

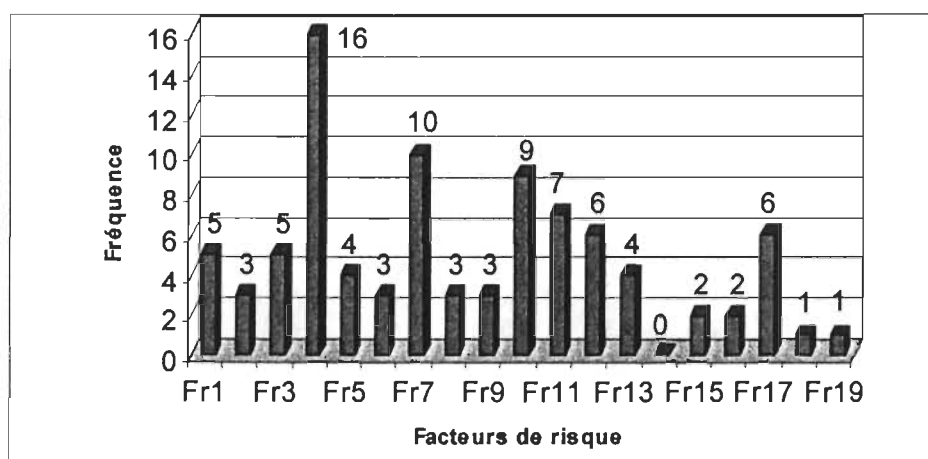


Figure 2. Distribution des facteurs de risque

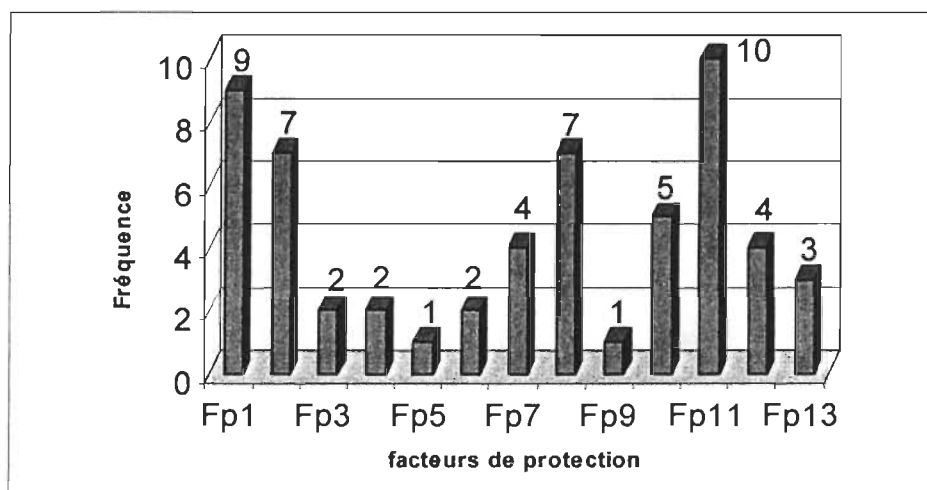


Figure 3. Distribution des facteurs de protection

En regard du nombre de facteurs de risque, les sujets en ont en moyenne 3,33 avec un écart-type de 2,63. La distribution du nombre de facteurs de risque est présentée au tableau 6 et illustrée à la figure 4. L'étendue s'échelonne de zéro facteur de risque pour 7,4% des enfants à huit facteurs de risque pour 11,1% d'enfants. Un pourcentage

Tableau 6  
Distribution du nombre de facteurs de risque

Nombre de facteurs de risque	Fréquence	Pourcentage
0	2	7.4
1	7	25.9
2	6	22.2
3	0	0.0
4	3	11.1
5	3	11.1
6	1	3.7
7	2	7.4
8	3	11.1

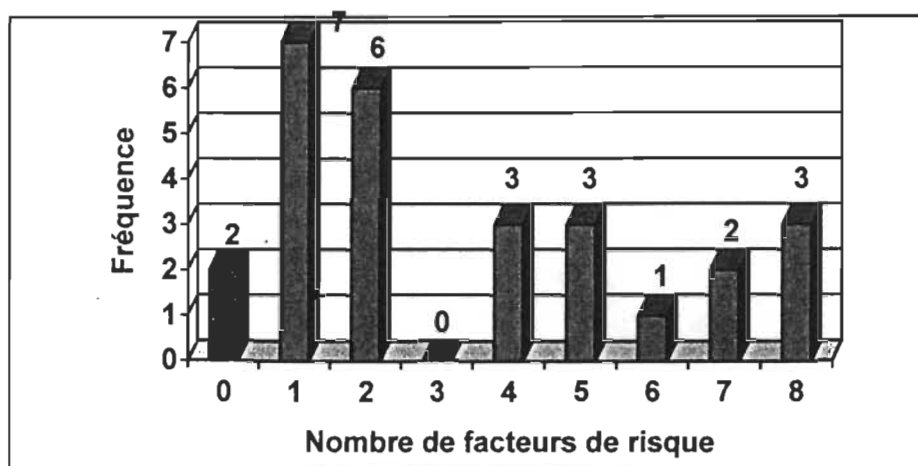


Figure 4. Distribution du nombre de facteurs de risque

élevé, soit 48,1%, de sujets ont un ou deux facteurs de risque et près de 45% d'entre eux ont quatre facteurs de risque ou plus. Aucun sujet n'a, à son actif, trois facteurs de risque.

L'analyse de la distribution du nombre de facteurs de protection est détaillée au tableau 7 et à la figure 5. À première vue, on note que près de 26% des sujets n'ont aucun facteur de protection. Aussi, on observe que peu de sujets, soit 7,4%, ont cinq facteurs de protection ou plus. De fait, la majorité d'entre eux (92,5%) ont entre zéro et quatre facteurs de protection. Le nombre moyen de facteurs de protection est de 2,11 avec un écart-type de 1,89.

Tableau 7

## Distribution du nombre de facteurs de protection

Nombre de facteurs de protection	Fréquence	Pourcentage
0	7	25.9
1	4	14.8
2	6	22.2
3	4	14.8
4	4	14.8
5	0	0.0
6	1	3.7
7	1	3.7

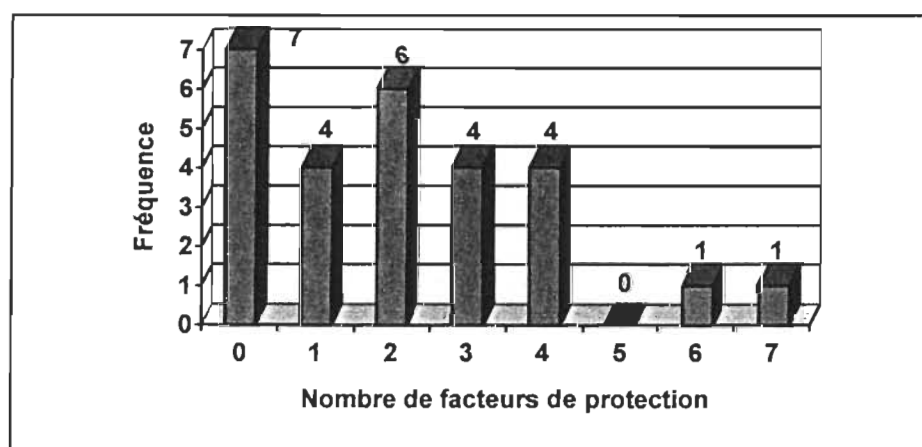


Figure 5. Distribution du nombre de facteurs de protection

### *Échelle de développement de Harvey*

Les analyses descriptives au Harvey selon le temps de mesure montrent que le quotient pour le secteur graphisme, au premier temps, est nettement inférieur aux autres secteurs et que le secteur autonomie, au premier temps, est largement supérieur aux autres secteurs. On observe aussi que l'évolution n'est pas toujours positive entre le premier temps et le second temps de mesure (tableau 8). En effet, pour les secteurs motricité, autonomie, graphisme, langage et connaissance, on note respectivement une évolution de 0,3; -4,4; 3,6; 11,3 et -5,7. Pour ce qui est du quotient de développement global, l'augmentation au temps deux s'avère restreinte (1,1). Les différences de moyenne entre chaque secteur et au global ne démontrent aucun résultat significatif sauf pour le secteur langage [ $t(0,05; 26) = -2,57, p = .016$ ]. Le tableau 9 détaille ces différences de moyennes entre les divers secteurs au Harvey et entre les deux quotients globaux.

### Distribution des sujets en fonction du degré de risque

La distribution des sujets en trois groupes selon leur degré de risque est présentée au tableau 10. On observe un débalancement quant au nombre de sujets par groupe. Dans le *groupe de sujets à risque faible*, ceux dont les facteurs de protection prédominent sur les facteurs de risque, on ne compte que cinq sujets. Pour le *groupe de sujets à risque modéré*, on dénombre la plus grande quantité de sujets, soit treize enfants.

Tableau 8

Moyennes, écart-types et dispersions obtenus au Harvey selon le temps de mesure

Secteurs du Harvey	Temps de mesure							
	1				2			
	M	ÉT	Min.	Max.	M	ÉT	Min.	Max.
Motricité	106.3	21.5	55.0	142.9	106.6	17.3	64.7	144.6
Autonomie	126.7	27.8	76.7	180.0	122.3	21.0	67.4	166.1
Graphisme	89.5	12.2	73.5	113.3	93.1	16.0	69.8	121.0
Langage	96.1	30.2	40.0	150.0	107.4	17.8	51.2	150.0
Connaissance	95.8	18.8	56.7	134.2	90.1	9.3	65.0	103.8
Global	102.8	17.6	74.4	133.3	103.9	13.3	73.0	136.1

Tableau 9

Différence de moyennes aux deux temps de mesure au Harvey

Secteurs du Harvey	Différence de moyennes	<i>p</i>
Motricité	+ 0.3525	.920
Autonomie	- 4.3367	.251
Graphisme	+ 3.5927	.308
Langage	+ 11.3284	.016
Connaissance	- 5.7072	.075
Global	+ 1.0459	.635

Enfin, le *groupe de sujets à risque élevé*, là où les facteurs de risque priment sur les facteurs de protection, comprend un tiers de l'échantillon.

Tableau 10  
Distribution des sujets selon leur degré de risque

Groupes	Nombre de sujets	Pourcentage
1. Risque faible (Prédominance des facteurs de protection)	5	18.5
2. Risque modéré (Aucune prédominance)	13	48.1
3. Risque élevé (Prédominance des facteurs de risque)	9	33.3

#### Résultats obtenus en fonction du degré de risque

Les résultats de l'analyse de variance pour plan mixte, pour le quotient de développement global, révèlent qu'il n'y a pas d'interaction significative entre les groupes à degré de risque différent et les deux temps de mesure au Harvey [ $F(2,24) = 1,95$ ,  $p = n.s.$ ]. L'analyse des effets principaux ne démontrent pas de différences significatives pour les deux temps de mesure [ $F(1,24) = .04$ ,  $n.s.$ ], d'une part, et pour les groupes [ $F(2,24) = 1,09$ ,  $n.s.$ ], d'autre part.



Cinq analyses de variance pour plan mixte ont été exécutées afin d'évaluer l'influence possible du degré de risque sur les divers secteurs mesurés par le Harvey. Les résultats de ces analyses révèlent, pour le secteur motricité, une interaction significative [  $F(2,24) = 3,67, p = .041$ ]. À la figure 6, on constate que le *groupe de sujets à risque faible* ont diminué au second temps, alors que le *groupe de sujets à risque modéré* a progressé après l'intervention. Pour le *groupe de sujets à risque élevé*, cependant, on ne note pas de changement majeur entre le premier et le second temps de mesure. Pour le secteur autonomie, les analyses ne rapportent aucun résultat significatif, ni pour l'interaction [  $F(2,24) = 1.01, n.s.$ ], ni pour l'effet principal des groupes [  $F(2,24) = 0.26, n.s.$ ] et ni pour l'effet principal du temps de mesure [  $F(1,24) = 2,61, n.s.$ ]. Quant au secteur graphique, l'interaction [  $F(2,24) = 1,88, n.s.$ ] ainsi que les deux effets principaux, des groupes [  $F(2,24) = 1,72, n.s.$ ], et du temps [  $F(1,24) = 0,25, n.s.$ ], s'avèrent non significatifs. Au niveau du langage, aucune interaction significative [  $F(2,24) = 0,42, n.s.$ ], ni aucun effet principal significatif [  $F(2,24) = 0,58, n.s.$ ] pour les groupes ne purent être relevés. Cependant, on observe, un degré de signification très près du seuil de signification souhaité ( $p = .05$ ) pour l'effet principal du langage [  $F(1,24) = 4,07, p = .055$ ]. La figure 7 illustre bien que le quotient associé au langage a progressé peu importe le degré de risque de chacun des groupes.

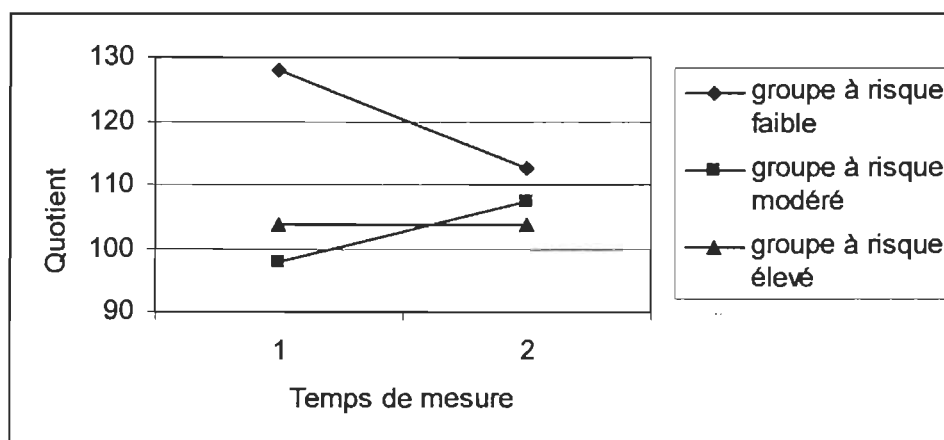


Figure 6. Effet d'interaction significatif pour le secteur motricité selon le degré de risque

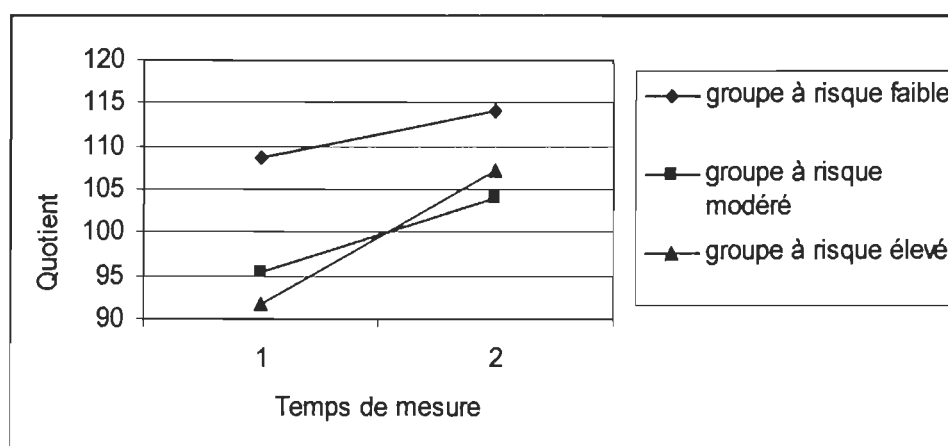


Figure 7. Effet d'interaction quasi-significatif pour le secteur langage selon le degré de risque

#### Distribution des sujets en fonction de l'évolution

La distribution des sujets selon qu'ils ont progressé ou régressé au second temps de mesure au Harvey est presque équivalente. On note que treize sujets ont progressé (*groupe d'évolution positive*) et que quatorze ont régressé (*groupe d'évolution négative*) suite à l'intervention.

### Résultats obtenus en fonction de l'évolution

Les résultats des différences de moyennes sont mitigés. On observe dans un premier temps que les résultats ne sont pas significatifs pour sept variables : le quotient développemental au deuxième temps de mesure, le total de facteurs de risque pour chaque sujet, le quotient du secteur motricité au deuxième temps, celui du secteur autonomie au deuxième temps, ceux associés au secteur graphique et celui du secteur langage au deuxième temps.

Par contre, les résultats révèlent plusieurs différences de moyennes significatives : le quotient développemental de départ [ $t(0,05; 25) = 3,45, p < .01$ ] (*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*), le total de facteurs de protection pour chaque sujet [ $t(0,05; 25) = 2,30, p < .05$ ] (*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*), le quotient associé au secteur motricité au premier temps de mesure [ $t(0,05; 25) = 2,16, p < .05$ ] (*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*), celui associé au secteur autonomie au premier temps de mesure [ $t(0,05; 25) = 2,85, p < .01$ ] (*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*), celui associé au secteur langage au premier temps de mesure [ $t(0,05; 25) = 2,99, p < .01$ ] (*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*), celui associé au secteur connaissance au premier temps [ $t(0,05; 25) = 2,28, p < .05$ ] (*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*) et au second temps [ $t(0,05; 25) = 2,06, p < .05$ ]

(*groupe d'évolution négative > groupe d'évolution positive*). Le tableau 11 présente ces divers résultats.

Tableau 11  
Différence de moyennes selon l'évolution au Harvey

Variables	Différence de moyennes	<i>p</i>
Quotient de départ	3.45	.002
Quotient final	0.22	.830
Total facteurs de risque	- 1.44	.161
Total facteurs de protection	2.30	.030
Motricité de départ	2.16	.040
Motricité final	- 0.19	.852
Autonomie de départ	2.85	.009
Autonomie final	0.33	.745
Graphisme de départ	2.02	.055
Graphisme final	- 0.58	.571
Langage de départ	2.99	.006
Langage final	0.14	.893
Connaissance de départ	2.28	.032
Connaissance final	2.06	.050

### Distribution des sujets en fonction du sexe

La distribution des sujets participants aux ateliers selon le sexe démontre, au départ, un déséquilibre important. En effet, on dénombre 70,4% de sujets masculins (*groupe masculin*) contre 29,6% de sujets féminins (*groupe féminin*).

### Résultats obtenus en fonction du sexe

Les analyses de différences de moyennes montrent des résultats diversifiés comme en fait mention le tableau 12. Dans un premier temps, on observe une différence significative pour le quotient développemental de départ [ $t(0,05; 25) = -3,04, p < .01$ ] (*groupe féminin > groupe masculin*), l'évolution entre les deux temps de mesure au Harvey [ $t(0,05; 24,03) = 2,97, p < .01$ ] (*groupe masculin > groupe féminin*), le quotient de départ associé à la motricité [ $t(0,05; 24,53) = -2,60, p < .05$ ] (*groupe féminin > groupe masculin*), le quotient final associé au secteur autonomie [ $t(0,05; 25) = -2,10, p < .05$ ] (*groupe féminin > groupe masculin*), le quotient final associé au secteur graphique [ $t(0,05; 25) = -2,46, p < .05$ ] (*groupe féminin > groupe masculin*), le quotient de départ du secteur langage [ $t(0,05; 25) = -3,37, p < .01$ ] (*groupe féminin > groupe masculin*) et au quotient de départ du secteur connaissance [ $t(0,05; 25) = -2,17, p < .05$ ] (*groupe féminin > groupe masculin*).

Tableau 12

Différence de moyennes selon le sexe

Variables	Différence de moyennes	<i>p</i>
Quotient de départ	- 3.04	0.005
Quotient final	- 1.78	0.087
Évolution au Harvey	2.97	0.007
Total facteurs de risque	- 0.53	0.603
Total facteurs de protection	0.86	0.396
Motricité de départ	- 2.60	0.016
Motricité final	- 0.18	0.861
Autonomie de départ	- 1.96	0.061
Autonomie final	- 2.10	0.046
Graphisme de départ	- 1.68	0.105
Graphisme final	- 2.46	0.021
Langage de départ	- 3.37	0.002
Langage final	- 1.21	0.237
Connaissance de départ	- 2.17	0.040
Connaissance final	- 1.25	0.221

Les résultats de l'analyse de variance pour plan mixte révèlent des interactions significatives entre le sexe et les deux temps de mesure pour le quotient développemental au Harvey [ $F(1, 25) = 5,26, p = .031$ ] (figure 8) et entre le sexe et les

deux temps de mesure pour le quotient associé au secteur langage [ $F(1, 25) = 11,01, p = .003$ ] (figure 9). Outre ces résultats, on note quatre effets principaux significatifs. Il existe une différence significative entre le groupe masculin et le groupe féminin peu importe le temps de mesure associé au secteur autonomie [ $F(1, 25) = 4,84, p = .037$ ] (figure 10) et associé au secteur graphique [ $F(1, 25) = 8,15, p = .009$ ] (figure 11). De même, les deux effets principaux, groupe [ $F(1, 25) = 4,49, p = .044$ ] et temps [ $F(1, 25) = 6,06, p = .021$ ], associés au secteur connaissance sont significatifs (figure 12).

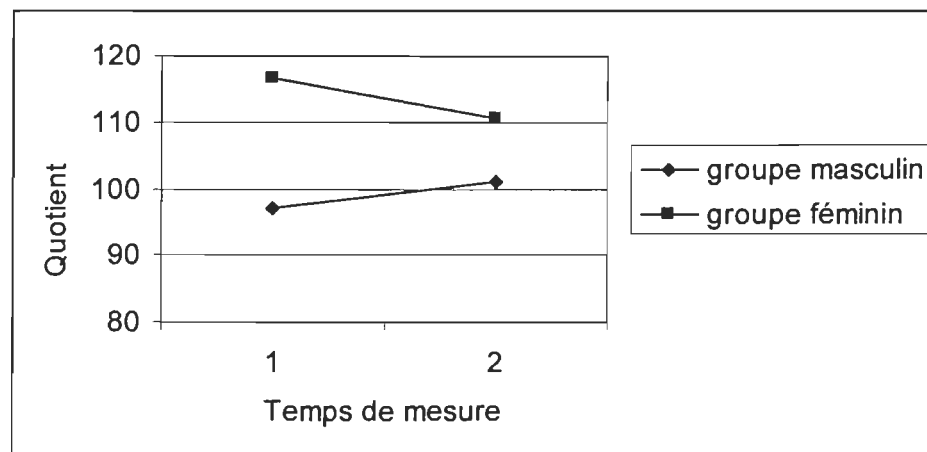


Figure 8. Effet d'interaction significatif pour le quotient développemental de départ selon le sexe des sujets

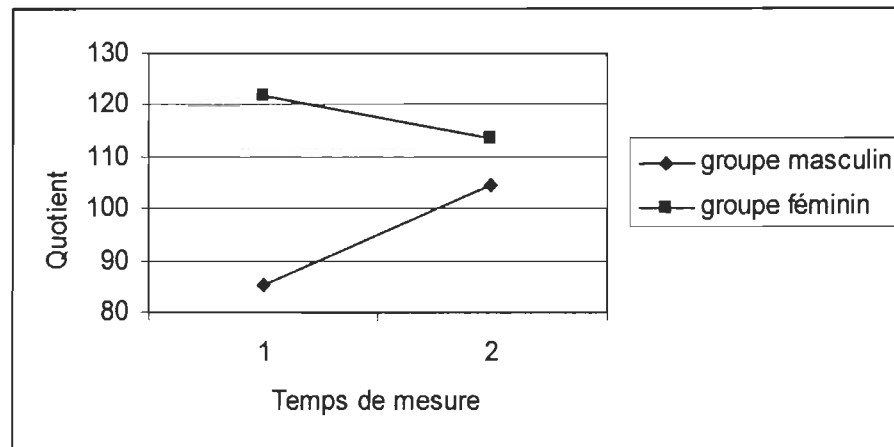


Figure 9. Effet d'interaction significatif pour le secteur langage selon le sexe des sujets

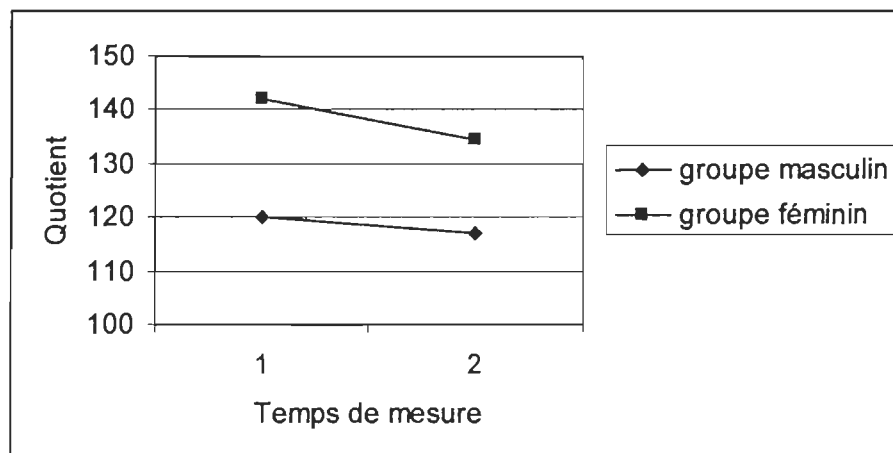


Figure 10. Effet principal du sexe pour le secteur autonomie



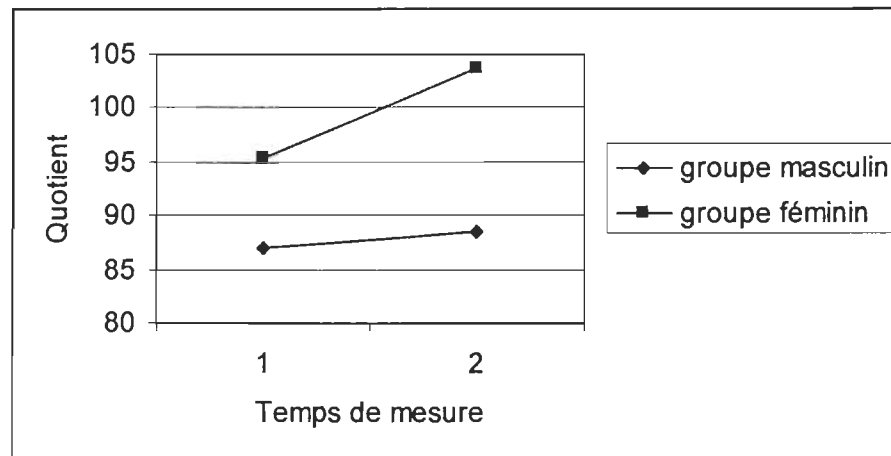


Figure 11. Effet principal du sexe sur le secteur graphique

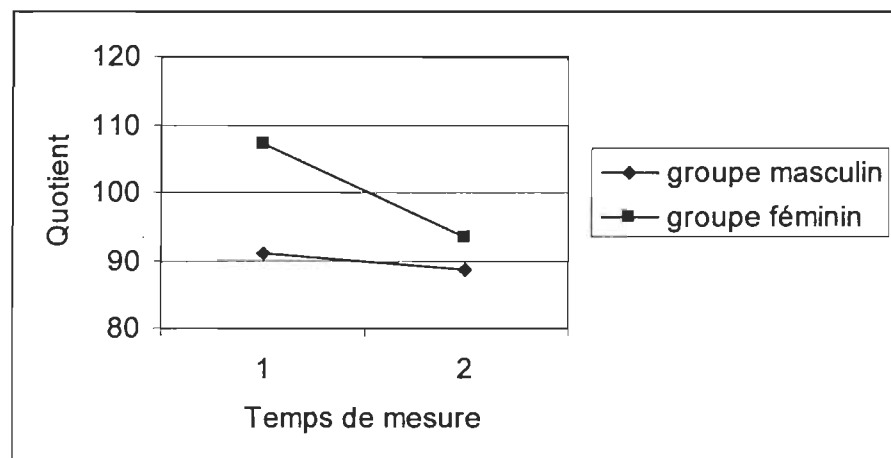


Figure 12. Effets principaux du sexe et du temps sur le secteur connaissance

### *Analyse qualitative*

À la lumière des résultats obtenus par les diverses analyses statistiques, une analyse qualitative des données a posteriori a été envisagée. Une première constatation possible est qu'il y a quasiment autant de sujets qui progressent (13) suite à l'intervention qu'il y en a qui régressent (14).

On note également une disparité quant au nombre de sujets dont le score au Harvey a augmenté versus ceux dont leur score a baissé pour chacun des facteurs de risque ou de protection. Les figures 13 et 14 permettent de bien visualiser ce constat. L'analyse des résultats révèlent que trois facteurs de risques (faible scolarité des parents, déménagements fréquents et parent emprisonné) et un facteur de protection (climat familial chaleureux) correspondent à 100% de progression. À l'inverse, on note que deux facteurs de risque (problèmes périnataux et handicap ou maladie chronique) et quatre facteurs de protection (habileté intellectuelle, estime de soi, résolution de problèmes et soutien émotionnel) correspondent à 100% de régression. Pour ce qui est des douze facteurs de risque et des huit facteurs de protection non mentionnés précédemment, leurs pourcentages associés à la progression et à la régression varient respectivement de 11% à 80% et de 20% à 89%.

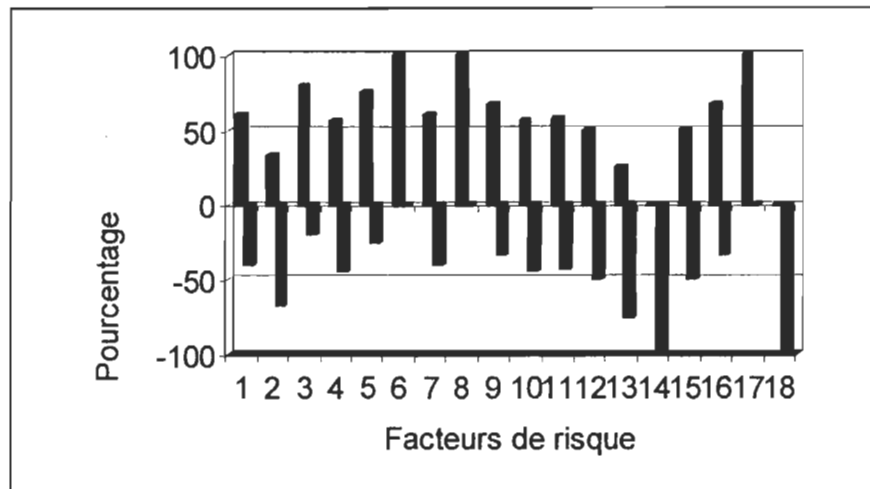


Figure 13. Pourcentage de sujets qui progressent et régressent au Harvey selon les facteurs de risque

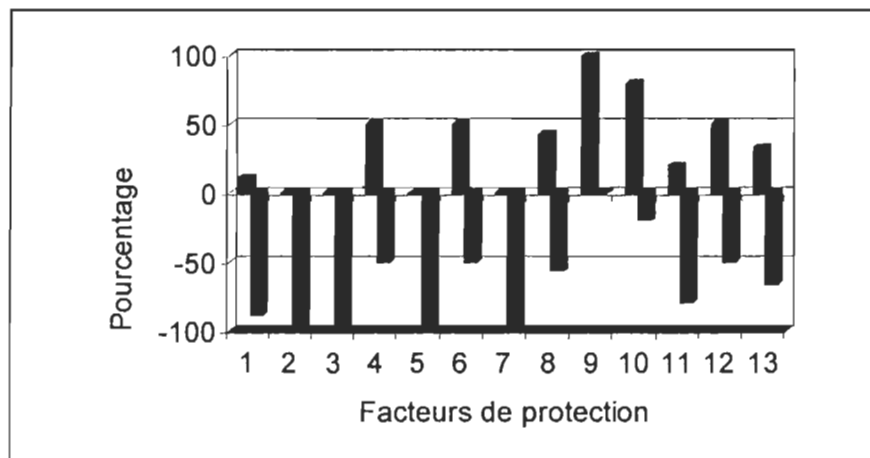


Figure 14. Pourcentage de sujets qui progressent et régressent au Harvey selon les facteurs de protection

Après division des sujets en trois groupes selon leur degré de risque (faible, modéré et élevé), on constate des résultats divergents quant au pourcentage de sujets qui progressent et qui régressent. En effet, pour le *groupe de sujets à risque faible* (nette supériorité des facteurs de protection sur les facteurs de risque), un seul sujet obtient un

score au Harvey plus élevé au deuxième temps sur un total de cinq sujets. C'est donc 80% des sujets qui régressent. Pour le *groupe de sujets à risque modéré* (facteurs de risque et de protection équivalents), six sujets (46%) progressent alors que sept autres (54%) régressent. Enfin, pour le *groupe de sujets à risque élevé* (nette supériorité des facteurs de risque sur les facteurs de protection), les deux tiers des sujets progressent contrairement à un tiers qui régressent. La figure 15 illustre ces différents résultats.

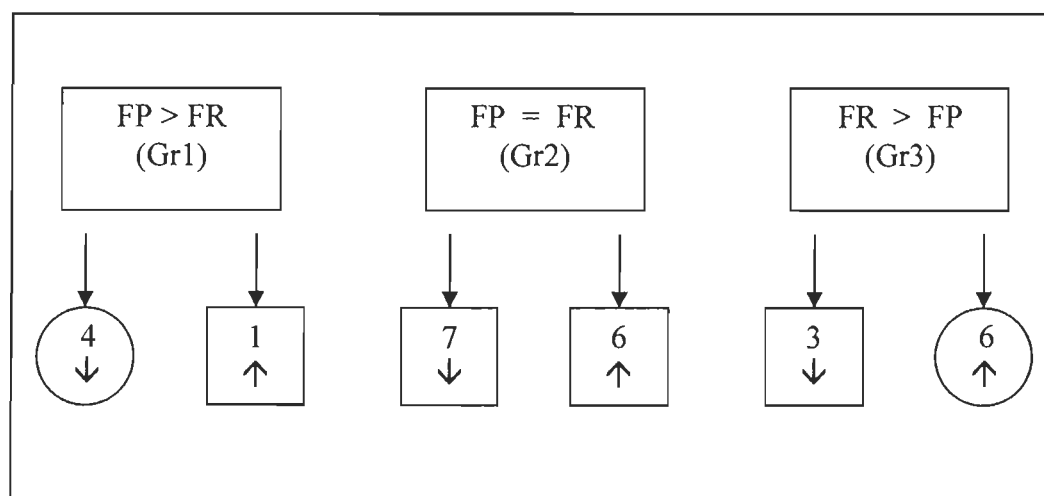


Figure 15. Nombre de sujets qui progressent ou régressent au Harvey selon le degré de risque

Note : Les cercles représentent les deux groupes où les résultats obtenus sont les plus questionnant

L'analyse des sujets dont le quotient développemental a chuté malgré la prédominance des facteurs de protection (voir figure 15), révèle qu'ils ont une très faible quantité de facteurs de risque (zéro ou un), un grand nombre de facteurs de protection (entre quatre et sept), un quotient développemental de départ élevé pour trois d'entre eux

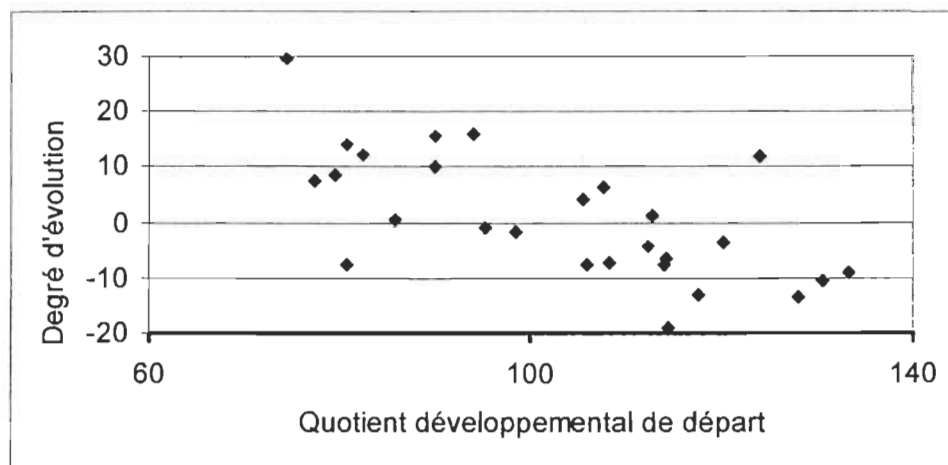
et un quotient faible pour le quatrième (80,67), une baisse du quotient développemental importante après environ un an (entre -7,56 et -18,73) et les motifs de consultations suivants : problèmes de comportement et/ou de langage. On ne sait pas, toutefois, si les sujets ont vécu un événement qui aurait pu provoquer une crise ou un blocage entre les deux passations du Harvey et ayant pu influencer les résultats au test.

Pour leur part, les sujets dont le quotient développemental a augmenté malgré la prédominance des facteurs de risque (voir figure 15) ont un nombre de facteurs de risque très élevé (entre cinq et huit), un nombre de facteurs de protection variant entre zéro et trois, un quotient développemental de départ hétérogène (variation entre 77,33 et 112,80), une hausse du quotient développemental entre 0,71 et 16,20 et des motifs de consultation très diversifiés.

Une troisième constatation est que certains sujets obtiennent une hausse, de plus d'un écart-type, du quotient développemental suite à l'intervention. Une analyse plus poussée est donc présentée. On note, dans un premier temps, que leur quotient développemental de départ se situe entre 74,36 et 94,12. En terme de facteurs de risque, ils ont entre un et cinq facteurs et ont tous le facteur problème de développement. Pour les facteurs de protection, on observe une variation entre zéro et trois. Quant au motif de consultation, on note principalement des difficultés de langage.

En ce qui concerne les sujets qui obtiennent une baisse, de plus d'un écart-type, du quotient développemental suite à l'intervention, on observe que leur niveau de quotient développemental de départ est, à quelques dixièmes près, à plus d'un écart-type au dessus de la moyenne. Ils ont peu de facteurs de risque, soit entre zéro et deux, et pour la majorité, plusieurs facteurs de protection. Quant au motif de consultation, on observe une prédominance des problèmes de comportements et, ce, principalement à la maison.

Autre constatation, la majorité des sujets qui obtiennent une baisse au Harvey ont un quotient développemental de départ supérieur à 100 et, inversement, la majorité de ceux qui obtiennent une hausse au Harvey ont un quotient développemental de départ inférieur à 100. Étant donné cette nouvelle constatation, une analyse de corrélation entre le quotient développemental de départ et l'évolution au Harvey a été exécutée a posteriori. L'analyse corrélationnelle démontre qu'il existe une relation négative significative entre les deux variables ( $r = -.6586$ ,  $p < .01$ ). Ainsi, plus un enfant a un quotient développemental faible, plus l'évolution entre les deux temps de mesure au Harvey a des chances d'être importante et positive. La figure 16 illustre cette corrélation.



*Figure 16.* Corrélation entre le quotient développemental de départ et le degré d'évolution au Harvey

## Discussion



Cette section est subdivisée en deux grandes parties. D'abord, un retour sur les objectifs et les hypothèses de recherche accompagné de l'interprétation des résultats obtenus sera présenté. Ensuite, un aperçu des conséquences, retombées et limites de cette étude sera abordé.

### Interprétation des résultats

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact d'une intervention précoce sur le développement global d'enfants d'âge préscolaire en lien avec les facteurs de risque et de protection. Les sujets de l'étude provenaient tous d'un programme de stimulation précoce, nommé Calijours, offert par le CLSC Drummond. Des mesures quant au développement global des enfants ont été amassées à deux reprises. Aussi, des informations quant aux facteurs de risques et de protection ont été recueillies auprès des mères.

#### *Première hypothèse*

La première hypothèse voulant qu'il y ait une différence entre les deux temps de mesure au Harvey et, ce, indépendamment du degré de risque et du sexe, fut évaluée pour le quotient développemental global. L'analyse ne nous permet pas d'affirmer qu'il y a une différence significative entre les deux temps de mesure. Afin d'expliquer ces résultats, quelques hypothèses sont envisageables. Bien qu'ils n'appuient pas l'intervention, ces résultats ne nous permettent pas d'affirmer que l'intervention n'a pas

eu les effets escomptés. En effet, il est possible que l'intervention ait influencé des secteurs spécifiques, comme le secteur langage, par exemple, dont les résultats seront discutés ultérieurement, ou d'autres variables non considérées dans ce mémoire, telle la qualité du réseau social de l'enfant puisque l'enrichissement du réseau social est positif chez les enfants d'âge préscolaire dont le réseau est souvent surtout familial. Il est probable, également, que la durée et l'intensité de l'intervention étaient insuffisantes pour permettre au développement des sujets de réellement profiter de l'intervention. Selon White, Bush & Casto (1985-1986), qui ont effectué une revue de littérature sur l'intervention précoce, les interventions à faible intensité et offertes sur une courte durée ont peu de chances d'avoir des effets favorables sur le développement des enfants. Mais, il est encore possible que l'*Échelle de développement de Harvey* ne soit pas suffisamment fine pour déceler l'évolution développementale des sujets. En ce sens, peut-être qu'une échelle micrograduée du style S.E.E.D. (*Sewall Early Education Development*) (Herst, Wolfe, Jorgensen, Pellan, & Neel., document non publié) aurait été préférable. En effet, cette échelle, élaborée en Ontario, évalue 720 comportements dans huit secteurs : socio-affectif, motricité global, motricité fine, adaptation et raisonnement, réception du langage, expression verbale, alimentation, habillage et hygiène. Cette échelle permet d'obtenir un niveau de développement global et sectoriel permettant l'élaboration d'une intervention en lien avec les besoins précis des enfants. Les deux seuls problèmes relevés quant à l'utilisation de cette échelle sont sa durée de passation qui est longue et sa restriction d'utilisation qu'auprès des enfants de zéro à

quatre ans, alors que cette étude s'est effectuée auprès de sujets ayant en moyenne presque cinq ans au deuxième temps de mesure.

Par ailleurs, des analyses de différence de moyennes, considérant chacun des cinq secteurs constituant le développement global, viennent infirmer la possible inefficacité de l'intervention. Les résultats ont décelé une différence significative entre les deux temps de mesure au niveau du secteur langage. Le fait qu'une différence significative soit obtenue pour ce secteur entre les deux temps de mesures reflète possiblement l'efficacité de l'intervention spécifiquement au plan du langage. En fait, la problématique du langage était l'un des motifs les plus importants et fréquemment rencontrés chez les participants des Ateliers Calijours. Plus précisément, l'intervention au plan langagier était l'un des objectifs cruciaux des Ateliers Calijours. Par conséquent, on peut affirmer que l'objectif de développer les habiletés au plan langagier a été atteint. On peut aussi émettre l'hypothèse que de meilleures capacités de communication auront des répercussions positives sur les habiletés sociales, l'autonomie et l'apprentissage des enfants, secteurs où le langage est essentiel. Cette nouvelle vision de l'impact de cette intervention précoce nous permet de la qualifier d'intervention préventive face aux problèmes de langage ou d'apprentissage, par exemple.

Enfin, le fait que quatre secteurs sur cinq n'ont pas de différences significatives entre les deux temps de mesure peut s'expliquer par les mêmes raisons présentées pour le quotient développemental : durée et intensité de l'intervention et instruments de

mesure trop peu sensible. Par contre, une raison additionnelle est peut-être à l'origine de ces résultats non significatifs. Il est possible que l'intervention ait mal ciblé certains secteurs ou que, malgré des secteurs bien ciblés, les moyens d'intervention se soient avérés inefficaces.

### *Deuxième hypothèse*

La seconde hypothèse stipulant une divergence entre les deux temps de mesure au Harvey selon le degré de risque des sujets a été estimée. Les analyses démontrent que ni l'interaction, ni les deux effets principaux ne sont significatifs pour le quotient développemental et pour les secteurs autonomie, graphique, langage et connaissance. Dans un premier temps, on peut supposer que le degré de risque n'influence pas le développement des enfants. Toutefois, plusieurs auteurs (Fraser, 1997; Garnezy, 1993a; Kirby & Fraser, 1997; Mrazek & Haggerty, 1994; Richman & Fraser, 2001; Sameroff & Seifer, 1990), affirment que la présence de facteurs de risque augmente les chances chez une personne de développer des difficultés développementales (cognitives, affectives, sociales, etc.), psychologiques ou psychiatriques. Dans un second temps, on peut s'appuyer sur les mêmes raisons énoncées auparavant pour rendre compte de ces résultats non significatifs. Mais, il est aussi possible d'envisager que le faible nombre de sujets par groupe ainsi que la division selon le nombre de facteurs de risque moins le nombre de facteurs de protection ont pu abaisser la qualité des résultats statistiques. En fait, aucune publication n'a jusqu'à ce jour affirmé qu'un facteur de protection, peu importe sa nature, contrecarrait de façon équivalente, l'effet néfaste d'un facteur de

risque, peu importe sa nature. Par conséquent, une redistribution des sujets selon un postulat qui pourrait être établi par d'autres recherches permettrait peut-être d'obtenir des résultats plus concluants et valides.

Néanmoins, pour le secteur motricité où un effet d'interaction significatif a été relevé, les résultats sont à discuter. En effet, l'intervention a été bénéfique pour le *groupe de sujets à risque modéré*. Pourtant, le *groupe de sujets à risque élevé* n'a pas profité de l'intervention et le *groupe de sujets à risque faible* a vu son score diminuer. Les explications de ces résultats restent ambiguës. Pour le *groupe de sujets à risque faible*, on peut supposer qu'étant donné que leur quotient associé au secteur motricité était très élevé au départ, qu'il y a eu un effet de régression statistique, influençant ainsi les résultats à la baisse pour le second temps de *mesure*. Par contre, pour le *groupe de sujets à risque élevé*, on ne peut que prétendre soit à l'inefficacité de l'intervention, soit à une confirmation de l'efficacité des facteurs de risque.

### *Troisième hypothèse*

Les résultats associés à la troisième hypothèse, qui stipule que les sujets qui progressent diffèrent sur certaines variables de ceux qui régressent suite à l'intervention, méritent aussi d'être discutés. D'abord, pour les sept variables pour lesquelles on n'a pas relevé de différence entre les deux groupes, on peut supposer qu'il n'y a pas de réelle différence. Quant aux sept autres variables pour lesquelles une différence significative a été relevée selon le degré d'évolution, on constate que les sujets qui

régressent sont ceux qui performaient le mieux sur ces variables. En effet, il semble que les sujets qui régressent, contrairement à ceux qui progressent, avaient au départ, un quotient développemental plus élevé, un total de facteurs de protection plus élevé et des quotients associés à la motricité, à l'autonomie, au langage et à la connaissance plus élevés. Par conséquent, on peut supposer que ces sujets ont tout simplement régressé vers la moyenne alors que ceux qui ont progressé ont bénéficié de l'intervention ou bien évolué, eux aussi, vers la moyenne.

#### *Quatrième hypothèse*

La quatrième hypothèse qui voulait que les sujets masculins diffèrent des sujets féminins sur plusieurs variables a été vérifiée. Les résultats confirment qu'il y a une différence entre les garçons et les filles sur les variables suivantes : quotient développemental de départ, évolution, quotients de départ associés à la motricité, au langage et à la connaissance et quotients finaux associés à l'autonomie et au graphisme. Toutes ces variables, sauf l'évolution, démontrent une performance plus élevée chez les filles. Il est probable que les sujets masculins aient obtenu une évolution plus importante que les sujets féminins puisque leurs niveaux de performance pour bien des variables étaient inférieurs à ceux des filles au départ. L'intervention aurait donc davantage profité aux garçons.

Le quotient développemental global et sectoriel associé au langage des filles semble régresser suite à l'intervention contrairement aux garçons pour lesquels les deux

quotients progressent. On constate aussi d'autres différences entre les sujets du sexe masculin et les sujets du sexe féminin. En effet, les résultats révèlent des différences au niveau des secteurs autonomie, graphisme et connaissance. Ces résultats illustrent possiblement des performances hétérogènes entre les garçons et les filles dues à un développement désynchronisé. Cela reflète peut-être les dires de biens des auteurs, tels Maccoby & Jacklin (1974), Smolak (1986), Vigneault (2000) et Witryol & Kaess (1957), comme quoi le développement sectoriel des garçons et des filles ne s'effectuent pas au même rythme.

#### *Analyse qualitative*

Quant à l'analyse qualitative effectuée a posteriori, aucune hypothèse de base n'avait été élaborée. Cependant, certains constats ou questionnements s'avèrent intéressants. D'abord, l'analyse individuelle de chaque facteur de risque et de protection a permis de constater que certains d'entre eux mettent en valeur l'efficacité de l'intervention (100% de progression). D'autres, cependant, démontrent soit l'efficacité réelle des facteurs de risque ou des cibles non atteintes par l'intervention, soit la possibilité que certains facteurs de risque n'aient pas été pris en considération par l'étude (100% de régression). Par exemple, pour les trois sujets des quatre qui régressent malgré la présence de plusieurs facteurs de protection (le quatrième ayant un possible diagnostic d'autisme ou de dysphasie qui expliquerait une baisse du quotient développemental), on constate que les difficultés relèvent soit d'un manque de règles claires et adéquates à la maison, soit d'un manque de chaleur familial.

Ensuite, on remarque qu'un bon nombre de sujets appartenants au *groupe de sujets à risque élevé* progressent au Harvey suite à l'intervention. Paradoxalement, on constate que la majorité des sujets constituant le *groupe à faible risque régressent* au deuxième temps de mesure au Harvey. Autre fait, une corrélation négative importante entre le quotient développemental de départ et l'évolution au Harvey a été décelée. Deux explications sont envisageables : soit l'intervention a été beaucoup plus profitable chez les sujets qui en avaient davantage besoin, soit les sujets ont tous régressés vers la moyenne. L'utilisation d'un groupe contrôle aurait permis de départager ici l'effet de l'intervention et l'effet de régression statistique.

Il s'avère très difficile d'expliquer ces divers cas étant donné l'absence d'un groupe contrôle. Il faut cependant se rappeler qu'il existe deux concepts bien présents en psychologie comme dans les autres disciplines qui étudient l'être humain : l'équifinalité et la multifinalité. Le premier signifie que plusieurs causes peuvent aboutir à des résultats similaires et, le second, qu'une cause identique peut provoquer des résultats divergents. Ces concepts peuvent s'appliquer à l'évolution quelque peu hétérogène que nous constatons chez certains sujets ayant le même profil au départ (multifinalité) ou à des sujets dont les profils sont différents au départ et qui ont le même type d'évolution (équifinalité).



Enfin, pour ce qui est de l'analyse des sujets qui progressent le plus et le moins suite à l'intervention, deux profils semblent ressortir. D'abord, pour les sujets qui progressent le plus, il semble que l'intervention ait davantage bénéficié aux enfants ayant en combinaison, un problème de développement, un quotient développemental inférieur à 100 et des difficultés de langage. Toutefois, une telle affirmation reste mitigée puisqu'on relève un cas ayant les mêmes critères qui a obtenu une baisse de son quotient développemental. Quant aux sujets qui régressent le plus, peut-être que l'intervention a été moins efficace pour ceux qui avaient un quotient déjà élevé ou chez ceux qui avaient des problèmes de comportements attribuables aux relations parents-enfants. Finalement, peut-être qu'on retrouve tout simplement un effet de régression statistique des sujets vers la moyenne. Il est clair, à présent, qu'un groupe contrôle aurait permis d'éclaircir certains résultats.

#### Conséquences, retombées et limites de la recherche

Malgré des résultats quelques peu hétérogènes, cette recherche a permis, entre autres, de mieux connaître les sujets des Ateliers Calijours et de mieux connaître l'intervention et ses impacts sur le développement des enfants en lien avec les facteurs de risque, de protection et le sexe des sujets. D'après les résultats, pour qu'une intervention au plan développemental soit efficace, il s'avère important de cibler les enfants les plus en besoin, d'apporter une aide diversifiée selon le sexe de l'enfant et de

prendre en considération le ou les motifs à la base de la consultation. Enfin, la présente étude nous permet de croire à des retombées favorables quant au langage des sujets. Ce secteur constituant la base d'une future réussite de l'intégration scolaire des enfants d'âge préscolaire et le facteur favorisant les apprentissages scolaires (lecture et écriture surtout), il est essentiel pour l'intervention préventive. Il semble donc que la fréquentation des ateliers Calijours ait eu un impact important sur le développement des enfants amenés en consultation au CLSC à un âge précoce.

Toutefois, cette recherche comporte quelques limites qui ont peut-être entravé certains résultats. Premièrement, l'absence d'un groupe contrôle nous empêche d'évaluer l'impact de la maturation, de la régression statistique et de l'effet d'apprentissage sur nos données. Ensuite, le petit nombre de sujets a peut-être diminué la puissance des analyses statistiques. Aussi, le fait de ne pas savoir si les sujets ont vécu telle ou telle situation favorable ou défavorable sur le plan développemental entre les deux temps de mesure, complique grandement l'interprétation des résultats et réduit la portée de nos conclusions. La division des sujets en trois groupes selon le nombre de facteurs de risque moins le nombre de facteurs de protection ne semble pas refléter la réalité, mais il n'existe aucune formule mathématique satisfaisante à ce sujet, comme dans bien d'autres domaines qui concernent l'humain. Enfin, l'instrument de mesure retenu pour cette recherche pour ses qualités de facilité d'utilisation n'a peut-être pas permis de refléter des différences de faible amplitude.

Il serait sans doute intéressant de poursuivre cette étude en réévaluant les enfants retrouvés après leur première année de scolarité primaire afin de suivre leur évolution après plusieurs années. Cette idée pourrait constituer l'objet d'un autre mémoire...

## Conclusion

L'établissement d'un programme d'intervention précoce réclame une évaluation de son efficacité afin d'en démontrer la nécessité. Le but de cette recherche était justement d'évaluer l'efficacité d'une telle intervention sur le développement global d'enfants d'âge préscolaire en lien avec les facteurs de risque, de protection et de la variable sexe.

Bien que les résultats obtenus ne nous permettent pas d'avancer que l'intervention évaluée ici ait été est totalement efficace quant au développement global des enfants, on peut prétendre à une certaine efficacité au plan du langage. Le langage est un moyen de communication essentiel pour les enfants tant au niveau des activités sociales qu'au niveau des activités d'apprentissage. Il s'avère donc indispensable que les enfants d'âge préscolaire puissent accroître, à un niveau respectable et attendu, leur capacité de communication avant l'entrée à la maternelle. De plus, l'acquisition du langage verbal chez les enfants d'âge préscolaire est, en quelque sorte, un pré requis pour l'apprentissage du langage écrit. Le fait d'arriver à l'école avec des difficultés importantes au niveau du langage verbal peut conduire l'enfant à des troubles multiples d'apprentissage. En ce sens, l'intervention évaluée ici peut être qualifiée d'intervention préventive en regard de ces résultats favorables sur le plan langagier.

Par ailleurs, la prise en compte du sexe des sujets s'avère primordiale afin de bien répondre aux besoins de chaque enfant. Cette recherche a établi quelques différences significatives entre les sujets masculins et les sujets féminins. Ainsi, il

semble que les enfants ne se développent ni au même rythme, ni de la même façon selon qu'ils sont garçons ou filles. Par conséquent, une intervention diversifiée selon le genre des participants apparaît donc plus appropriée.

Enfin, à la lumière des résultats obtenus sur le quotient développemental de départ et le degré d'évolution des sujets, il apparaît distinctement que le style d'intervention évaluée ici a profité davantage aux enfants ayant un développement déjà restreint. Afin de mieux répondre aux besoins de tous les enfants, autant ceux ayant des difficultés développementales que ceux qui en sont exempts, il est certain que la prise en compte du motif de consultation et des difficultés développementales spécifiques est nécessaire.

## Références

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting stress index*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. (1990). What is "developmental" about developmental psychopathology? In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.29-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior check-list and revised child behaviour profile*. Burlington: Queen City Publishers.
- Akoun, A. (1973). *Les 10 grands de l'inconscient*. Paris : Denoël.
- Altrocchi, J., & Kagan, J. (1980). *Abnormal behavior*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Anderson, R. E., & Carter, I. (1984). *Human behavior in the social environment: A social systems approach* (3e éd.). New York : Aldine Pub. Co.
- Anthony, E. J., Chiland, C., & Koupernik, C. (Eds.) (1982). *L'enfant dans sa famille: L'enfant vulnérable*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Beer, S. (1981). "Death is equifinal.": Eighth annual Ludwig Von Bertalanffy memorial lecture. *Behavioral Science*, 26, 185-196.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present and future. In N. Golber, A. Cospi, G. Downey & M. Moorehouse (Eds.), *Persons in context: Developmental processes* (pp. 25-49). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). London : J. Kingsley.
- Caplan, G., & Grunebaum, H. (1967). Perspectives on primary prevention. *Archives of General Psychiatry*, 17, 331-346.



- Cicchetti, D. (1989). Developmental psychopathology: Past, present, and future. In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (pp.1-12). Hillsdale, N.J. : L. Erlbaum.
- Cicchetti, D. (1990). A historical perspective on developmental psychopathology. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.2-28). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8, 597-600.
- Cohen, P., Brook, J. S., Cohen, J., Velez, C. N., & Garcia, M. (1990). Common and uncommon pathways to adolescent psychopathology and problem behavior. In L. N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 242-258). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cohen, S. E., & Parmelee, A. H. (1983). Prediction of five-year Stanford-Binet scores in preterm infants. *Child Development*, 54, 1242-1253.
- Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, J. D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence. (1994). The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 268-316). Cambridge: Cambridge University Press.
- Couture, G. (mai 1998). Approche méthodologique à l'étude des mécanismes de protection : Illustration à partir d'une recherche menée auprès de familles en demande de services psychosociaux. Communication présentée au 66<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec.
- Cox, A. (1994). Diagnostic appraisal. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (pp. 22-33). Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Éthier, L. S., Palacio-Quintin, E., Couture, G., Jourdan-Ionescu, C., & Lacharité, C. (1992). *Les enfants maltraités et leur famille : Évaluation et intervention*. Rapport à la Direction de la protection de la jeunesse, région 04.

- Éthier, L. S., Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Lacharité, C., & Couture, G. (1991). *Évaluation multidimensionnelle des enfants victimes de négligence et violence parentale*. Rapport final soumis à SBESC.
- Fraser, M. W. (1997). The ecology of childhood: A multisystems perspective. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp.1-9). USA: NASW Press.
- Fraser, M. W., & Galinsky, M. J. (1997). Toward a resilience based model of practice. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp. 265-275). USA: NASW Press.
- Fraser, M. W., & Richman, J. M. (2001). Resilience: Implications for evidence-based practice. In J. M. Richman & M. W. Fraser (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk, and protection* (pp. 187-198). Connecticut: Praeger Wesport.
- Fröhlich, W. D., Jalley, E. (Ed.), & Drever, J. (1997). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Librairie générale française.
- Garbarino, J. (1982). *Children and families in the social environment*. New York: Aldine.
- Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In S. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 78-96). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garbarino, J., & Ganzel, B. (2000). The human ecology of early risk. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2e éd.) (pp. 76-93). New York: Cambridge University Press.
- Garbarino, J., & Kapadia, S. (1986). Ecological assessment procedures. In H. M. Knoff (Ed.), *The assessment of child and adolescent personality* (pp. 451-486). New York: The Guilford Press.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill.
- Garmezy, N. (1988). Longitudinal strategies, causal reasoning and risk research: A commentary. In M. Rutter (Ed.), *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data* (pp. 29-44). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garmezy, N. (1993a). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.

- Garmezy, N. (1993b). Vulnerability and resilience. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 377-398). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellengen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Gesell, A. (1925). *The mental growth of the pre-school child: A psychological outline of normal development from birth to the sixth year, including a system of developmental diagnosis*. New York : Macmillan.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 19-63). Cambridge: Cambridge University Press.
- Habimana, E. (1999). Classification et étiologie. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative* (pp. 3-31). Montréal : Gaëtan Morin.
- Harré, R., & Lamb, R. (Eds.) (1986). *Dictionary of developmental and educational psychology*. Cambridge, Mass. : MIT Press.
- Harvey, M. (1984). *L'échelle de développement de Harvey* (éd. rév.). Brossard : Editions Bahaviora.
- Herst, J., Wolfe, S., Jorgensen, G., Pellam, S., & Neel, P. D. (n.d.). *Sewall Early Education Developmental Program*. Document inédit; projet subventionné par le Bureau of Education for the Handicapped –QEG-0-72-4501). Denver, Ontario: Centre de réhabilitation Sewall.
- Jourdan-Ionescu, C., & Desaulniers, R. (mai 1998). Stress parental et service de garde chez une population d'enfants à risque de développer des problèmes psycho-sociaux. Communication présentée au 66<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec.
- Jourdan-Ionescu, C., & Lachance, J. (1997). *Le dessin de la famille : Présentation, grille de cotation et éléments d'interprétation*. Paris : E.A.P.
- Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., & Desaulniers, R. (octobre 1997). Étude des facteurs de risque et de protection dans une population de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce. Communication donnée au VI<sup>ème</sup> Congrès

- Européen de l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), Barcelone (Espagne).
- Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., Desaulniers, R., & Couture, G. (1998). *Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'interaction précoce*. Rapport de recherche présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale, 146p.
- Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., Desaulniers, R., Trinque, R., Marcoux, K., Montplaisir, C., & Leclerc, M. (Novembre, 1999). *Évaluation de la clientèle d'un service d'intervention précoce*. Communication présentée au 5<sup>ème</sup> Symposium québécois de recherche sur la famille. Trois-Rivières.
- Kazdin, A. E. (1997). Conduct disorder across the life-span. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti, & J. R. Weisz (Eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 248-272). Cambridge: Cambridge University Press.
- Keating, D. P. (1991). Constructivism and diversity. In D. P. Keating & H. Rosen (Eds.), *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development* (pp.1-9). Hillsdale, N.J. : L. Erlbaum Associates.
- Kirby L. D., & Fraser, M. W. (1997). Risk and resilience in childhood. In M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (pp.10-33). USA: NASW Press.
- Kolvin, I., Miller, F. J. W., Fleeting, M., & Kolvin, P. A. (1988). Risk/protective factors for offending with particular reference to deprivation. In M. Rutter (Ed.), *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data* (pp. 77-95). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kopp, C. B., & Kaler, S. R. (1989). Risk in infancy: Origins and implications. *American Psychologist*, 44(2), 224-230.
- Lewis, M., & Feiring, C. (Eds.) (1998). *Families, risk, and competence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1974). *The psychology of sex differences*. Standford: Standford University Press.
- Marcelli, D. (1993). *Psychopathology de l'enfant* (4e éd. rév.). Paris : Masson.
- Marcus, J. (1982). Organisation d'une prévention complète pour une population d'enfants vulnérables. In E. J. Anthony, C. Chiland & C. Koupernik (Eds.), *L'enfant*

- dans sa famille: L'enfant vulnérable* (pp. 453-460). Paris : Presses Universitaires de France.
- Markman, H. J., & Jones-Leonard, D. (1985). Marital discord and children at risk : Implications for research and prevention. In W. Frankenberg & R. Emde (Eds.), *Early identification of children at risk* (pp. 59-77). New York: Plenum Press.
- Martineau, G. (1999). *Le réseau de soutien social des enfants d'âge préscolaire*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Maslow, A. H. (1972). *Vers une psychologie de l'être*. Paris : Fayard.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality* (3<sup>e</sup> éd.). New York: Harper & Row.
- Masten, A. (1987). Resilience in development : Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (pp. 261-294). Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Maziade, M. (1986). Études sur le tempérament : Contribution à l'étude des facteurs de risques psychosociaux de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfant*, 34, 371-382.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC : National Academy Press.
- O'Dougherty, M., Wrigth, F. S., Garnezy, N., Loewenson, R. B., & Torres, F. (1983). Later competence and adaptation in infants who survive severe heart defects. *Child Development*, 54, 1129-1142.
- Osofsky, J. D., & Thompson, M. D. (2000). Adaptative and maladaptative parenting: Perspectives on risk and protective factors. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 54-75). New York: Cambridge University Press.
- Palacio-Quintin, E., Couture, G., Paquet, J., Jourdan-Ionescu, C., Lacharité, C., Ethier, L. S., Dias, C., Desaulniers, R., Cote, D., Coderre, R., & Calille, S. (1995). *Projet d'intervention auprès des familles négligentes présentant ou non des comportements de violence*. Rapport de recherche présenté à la Division de la prévention de la violence familiale, Ministère de la Santé, Canada.
- Palacio-Quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., Gagnier, J. P., & Desaulniers, R. (1995). *Questionnaire d'exploration des facteurs de risque et de protection*. GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières. Document interne.

- Palacio-quintin, E., Jourdan-Ionescu, C., & Martineau, G. (septembre 1998). Évaluation du réseau social de l'enfant préscolaire et de ses parents chez les familles à risque. Communication présentée au congrès organisé par l'European Scientific Association for Residential and Foster Care for Children and Adolescents : " Suppléance familiale : nouvelles approches, nouvelles pratiques" Université Paris X-Nanterre (France).
- Parent, S., & Saucier, J. F. (1999). La théorie de l'attachement. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative* (pp.33-46). Montréal : Gaëtan Morin.
- Petot, D. (1999). Les dépressions. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative* (pp.111-137). Montréal : Gaëtan Morin.
- Postel, J. (Ed.) (1993). *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris : Larousse.
- Radke-Yarrow, M., & Sherman, T. (1990). Hard growing: Children who survive. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.97-119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1983). *Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales*. London: J. C. Raven Ltd.
- Richman, J. M., & Fraser, M. W. (2001). Resilience in childhood: The role of risk and protection. In J. M. Richman & M. W. Fraser (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk, and protection* (pp. 1-12). Connecticut: Praeger Wesport.
- Richman, N. (1977). Behaviour problems in pre-school children: Family and social factors. *British Journal of psychiatry*, 131, 523-527.
- Richters, J., & Weintraub, S. (1990). Beyond diathesis: Toward an understanding of high-risk environments. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.67-96). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rossetti, L. M. (1986). *High-risk infants: Identification, assessment, and intervention*. Boston: Little, Brown.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rulf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: vol. 3*

- Social competence in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2001). Psychosocial adversity: Risk, resilience, and recovery. In J. M. Richman & M. W. Fraser (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk, and protection* (pp. 13-41). Connecticut: Praeger Wesport.
- Rutter, M., & Casaer, P. (Eds.) (1991). *Biological risk factors for psychosocial disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., Bartko, W. T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1998). Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis & C. Feiring (Eds.), *Families, risk, and competence* (pp. 161-185). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2e éd.) (pp.135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., & Seifer, R. (1983). Familial risk and child competence. *Child Development*, 54, 1254-1268.
- Sameroff, A. J., & Seifer, R. (1990). Early contributors to developmental risk. In J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.52-66). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.
- Shaffer, D. R. (1996). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (4e éd.). Pacific Grove, Calif. : Brooks/Cole.
- Sillamy, N. (1998). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.

- Simeonsson, R. J. (1994a). Toward an epidemiology of developmental, educational, and social problems of childhood. In R. J. Simeonsson (Ed.), *Risk, resilience, and prevention: Promoting the well-being of all children* (pp.13-31). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Simeonsson, R. J. (1994b). Promoting children's health, education, and well-being. In R. J. Simeonsson (Ed.), *Risk, resilience, and prevention: Promoting the well-being of all children* (pp.3-12). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Simeonsson, R. J., & Covington, M. (1994). In R. J. Simeonsson (Ed.), *Risk, resilience, and prevention: Promoting the well-being of all children* (pp.299-320). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Smolak, L. (1986). *Infancy*. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Solnit, A. J. (1982). L'enfant vulnérable, rétrospective. In E. J. Anthony, C. Chiland & C. Koupernik (Eds.), *L'enfant dans sa famille: L'enfant vulnérable* (pp. 485-498). Paris : Presses Universitaires de France.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55, 173-189.
- Steinberg, L., & Belsky, J. (1991). *Infancy, childhood, & adolescence: Development in context*. USA : McGraw-Hill.
- Tamisier, J. C. (Éd.) (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Valla, J. P., & Bergeron, L. (1999). L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: Approche intégrative* (pp. 97-107). Montréal : Gaëtan Morin.
- Vance, J. E. (2001). Neurobiological mechanisms of psychosocial resiliency. In J. M. Richman & M. W. Fraser (Eds.), *The context of youth violence: Resilience, risk, and protection* (pp. 43-81). Connecticut: Praeger Wesport.
- Vigneault, M. (2000). *Étude de l'effet du nombre de facteurs de risque sur le développement des jeunes enfants*. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Wadsworth, M. E. J. (1988). Intergenerational longitudinal research: Conceptual and methodological considerations. In M. Rutter (Ed.), *Studies of psychosocial risk: the power of longitudinal data* (pp. 255-271). Cambridge: Cambridge University Press.



- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132). New York: Cambridge University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1989). *Vulnerable but invincible : A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: Adams, Bannister, & Cox.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- White, K. R., Bush, D. W., & Casto, G. C. (1985-1986). Learning from reviews of early intervention. *The Journal of Special Education*, 19(4), 417-428.
- White, S. H. (1992). G. Stanley Hall: From philosophy to developmental psychology. *Developmental psychology*, 28, 25-34.
- Wilden, A. (1972/1980). *System and structure: Essays in communication and exchange* (2e éd.). New York: Tavistock Publications.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P. A. (1990). Risk factors for behavioural and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 413-419.
- Witryol, S. L., & Kaess, W. A. (1957). Sex differences in social memory tasks. *Journal Abnormal & Social Psychology*, 54, 343-346.
- Wolin, S., & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books.
- Wolin, S., & Wolin, S. (1995). Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Pediatrics Clinics of North America*, 42(2), 415-429.
- Zigler, E. (1989). Foreword. In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (pp. ix-xii). Hillsdale, N.J. : L. Erlbaum.

## Appendices

## Appendice A

### *Tableau 2*

#### *Liste des facteurs de risque*

Tableau 2

## Liste des facteurs de risque

Nom du facteur de risque	Définition opérationnelle
1. Problèmes de comportement de l'enfant dans le passé.	Les problèmes de comportement de l'enfant sont considérés comme un facteur de risque lorsque des problèmes de conduites et/ou émotifs sont rapportés dans le passé.
2. Problèmes de santé physique de l'enfant.	Présence d'un problème chronique de santé de l'enfant qui limite sa participation aux activités normales pour un enfant de son âge.
3. Naissance prématurée et/ou petit poids à la naissance.	Naissance à 36 semaines de gestation ou moins et/ou pesants 2,5 kg.
4. Problèmes de développement de l'enfant en bas âge.	L'enfant a manifesté des retards significatifs dans les premiers apprentissages (marche acquise après l'âge de 18 mois, langage : premiers mots à partir de 20 mois).
5. Pauvreté.	Le faible revenu familial est établi en fonction du revenu annuel brut et du nombre d'habitants au foyer : 2 ou 3 personnes avec un revenu inférieur à 14 000\$, 4 à 6 personnes avec un revenu inférieur à 24 000\$, 7 personnes avec un revenu inférieur à 34 000\$.
6. Sous-scolarisation des parents.	Une des figures parentales n'a pas terminé un 3 <sup>e</sup> secondaire.
7. Instabilité de la structure familiale.	La famille nucléaire d'origine a été modifiée depuis la naissance de l'enfant.

Tableau 2

## Liste des facteurs de risque (suite)

Nom du facteur de risque	Définition opérationnelle
8. Fréquence élevée des déménagements.	La famille a déménagé 5 fois ou plus depuis les 5 dernières années.
9. Nombre élevé d'enfants dans la famille.	Une des figures parentales est en situation de monoparentalité et qu'il a la garde de 3 enfants ou plus; famille biparentale ayant 5 enfants ou plus.
10. Problèmes de santé mentale des parents.	Une des figures parentales a reçu un diagnostic psychiatrique ou éprouve des problèmes psychologiques nécessitant l'emploi de médicaments prescrits.
11. Problèmes de consommation d'alcool ou de drogues des parents.	Une des figures parentales consomme beaucoup d'alcool et régulièrement et/ou consomme souvent des drogues douces ou parfois des drogues dures.
12. Jeune âge de la mère à la naissance du premier enfant.	La mère a donné naissance à son premier enfant à l'âge de dix-huit ans ou moins.
13. Maltraitance des enfants.	Un signalement a été retenu au CEPEJ pour n'importe quelle forme de maltraitance pour un membre de la fratrie.

Tableau 2

## Liste des facteurs de risque (suite)

Nom du facteur de risque	Définition opérationnelle
14. Réseau social très réduit.	Moins de deux personnes en dehors de la famille nucléaire et excluant les professionnels sur lesquelles la mère peut compter.
15. Problèmes périnataux.	Problème pouvant influencer le développement ultérieur de l'enfant (manque de calcium, manque d'oxygène, hypoglycémie, etc.).
16. Niveau intellectuel faible de la mère.	La mère se situe au-dessous du 11 <sup>e</sup> percentile à l'évaluation intellectuelle non-verbale réalisée avec <i>Les Matrices Progressives de Raven</i> .
17. Violence conjugale.	La mère rapporte en entrevue avoir été victime de violence conjugale.
18. Un des parents a été emprisonné.	Une des figures parentales a été emprisonnée depuis la naissance de l'enfant.
19. Un des parents ou un membre de la fratrie a un handicap important ou une maladie chronique incapacitante.	Limitation de la mobilité physique de l'individu susceptible de réduire les interactions entre cet individu et l'enfant ou l'handicap constitue une situation qui requiert des soins continuels ou une attention régulière.

## Appendice B

### *Tableau 3*

#### *Liste des facteurs de protection*

Tableau 3

## Liste des facteurs de protection

Nom du facteur de risque	Définition opérationnelle
1. Actif et efficace dans ses démarches.	L'enfant est vraiment actif pour atteindre ses buts et il réussit.
2. Habiletés intellectuelles.	Dans son fonctionnement quotidien, l'enfant se démarque par sa faculté de compréhension. Il est très éveillé et apprend facilement.
3. Bonne estime de soi.	L'enfant démontre une grande confiance en lui. Il manifeste de l'assurance dans sa conduite.
4. Bonnes habiletés sociales.	L'enfant a une grande facilité à entrer en contact avec les gens, autant avec les enfants qu'avec les adultes. Il est également capable de maintenir des bonnes relations.
5. Bonne capacité de résolution de problèmes dans la vie quotidienne.	Lorsqu'il a à faire face à des difficultés dans sa vie de tous les jours, l'enfant démontre une très bonne compréhension de la situation. Il est capable de rechercher des solutions, d'en évaluer les conséquences et de mettre en pratique les bonnes solutions.
6. Tempérament agréable.	L'enfant possède une humeur et un caractère plaisant. Il est facile à vivre pour son entourage.
7. Bon soutien émotionnel de la part des parents.	Les parents appuient l'enfant dans son fonctionnement quotidien. Ils le soutiennent et l'encouragent du mieux qu'ils peuvent lorsqu'il en a besoin.



Tableau 3

## Liste des facteurs de protection (suite)

Nom du facteur de risque	Définition opérationnelle
8. Interactions positives entre les parents et l'enfant.	Les parents vivent des moments très agréables avec leur enfant que ce soit en prenant du temps pour faire des activités avec lui, en échangeant avec lui ou simplement, en vivant de bons moments avec lui dans le quotidien (regarder la télévision ensemble, prendre un repas ensemble, etc.).
9. Climat familial chaleureux.	De façon générale, l'ambiance qui règne dans cette maison est plaisante. Elle stimule des échanges affectueux entre ses membres.
10. Structure éducative adéquate.	Les parents appliquent avec l'enfant des normes claires et appropriées en fonction de son âge et de ses capacités.
11. Présence d'un adulte significatif autre que les parents.	L'enfant voit régulièrement un adulte autre que ses parents. Cette relation positive est soutenante et utile pour lui.
12. Aide aux parents dans l'éducation de leur enfant.	Les parents ont facilement accès à une ou des personnes qui peuvent les aider et les soutenir dans leur rôle parental.
13. Riche réseau social de pairs.	Il y a au moins deux enfants de moins de 14 ans autres que la fratrie qui le côtoient au moins une fois par semaine. Ils peuvent faire des activités avec lui, lui apporter du soutien au besoin ou simplement, prendre plaisir ensemble.